Genealogia do direito à saúde

uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade

Marconi do Ó Catão

Marconi do Ó Catão

Genealogia do Direito à Saúde

uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade

Campina Grande-PB
2011

A EDUEPB segue o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.
FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL - UEPB

344
C357g Catão, Marconi do Ó.
Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade. / Marconi do Ó Catão._Campina Grande: EDUEPB, 2011
244 p.

ISBN 978-85-7879-086-8

1. Direitos Sociais. 2. Saúde. 3.Medicina Social. 4. Genealogia da Saúde. 5.Bioética I. Título.

21. ed.CDD

Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone/Fax: (83) 3315-3381 - http://eduepb.uepb.edu.br - email: eduepb@uepb.edu.br

Dedicatória

Dedico este trabalho aos usuários dos serviços públicos de saúde no Brasil, especialmente àqueles que algum dia precisaram da prestação de tais serviços e sentiram-se na situação de privação das necessidades básicas inerentes aos mínimos sociais que foram "tão bem" elencados em nossa Carta Constitucional, como direitos fundamentais e condição de dignidade humana.

À minha querida mãe, D. Neva - com todo afeto, respeito e admiração, pela sua simplicidade, justeza e dedicação; à minha esposa Léa e meus filhos, Marconi e Victor - razão de minha vida; aos meus irmãos: Marcelo - sabedoria, superação e exemplo; Márcia - nosso "anjo da guarda"; Marise - modelo de vida e fortaleza; Maristela e Ricardo - com todo orgulho; meus cunhados: Marcos Agra, Giovanni Bongiovi - sorte minha de tê-los como tal; meus sobrinhos: Morgana, Rodrigo, Matheus, Marcela, Lucca, Marina e Gustavo - a continuidade e o futuro da Modernidade contemporânea; e, enfim, todos aqueles que tiveram a compreensão das horas preciosas subtraídas do convívio familiar, dedico essas singelas reflexões.

Ao meu sogro, jornalista Ronildo Maia Leite pela "prometida" apresentação deste trabalho aqui em Campina Grande, o que, lamentavelmente, não foi possível devido ao seu falecimento, de igual modo, faço esta dedicatória.

Dedico também esta obra ao meu tio, irmão, companheiro e camarada Prof. Roberto Pontes do Ó (*Camelinho*), que precocemente nos privou de sua convivência na vida terrena.

Ao saudoso advogado Josemar Pontes do Ó, "Tio Josa" (*in memoriam*), exemplo de estímulo à leitura e ao conhecimento transmitido por meio de prazerosos diálogos de natureza jurídica e conversações sobre política local e genealogia familiar, minha sincera dedicatória.

Há mais de um século que *Friedrich Nietzsche*, em seu veemente profetismo, já alertava para a fragilidade do *homo politicus* dos tempos modernos, bem como para a mentira metafísica que circulava nos subterrâneos do Estado. Para ele, as práticas do direito político, por influência da doença niilista, representavam a desvalorização dos valores humanos mais supremos. E diante do grande fracasso, *Zaratustra* estremecia e reivindicava "o mínimo Estado possível", exclamando; "quebrem os vidros e saltem para fora!".

Prof°. Dr. Marconi do Ó Catão.

Sumário

Capítulo 3

Capítulo 4

Capítulo 5

Lista de Abreviaturas

Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva (Abrasco).
Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO).
Associação Aliança Brasileira para Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE).
Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
Ações Integradas da Saúde (AIS).
Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS).
Central Nacional de Transplantes (CNT).
Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes).
Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88).
Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT).
Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs).
Doença Renal Crônica (DRC).
Financiadora de Estudos e Projetos (Finep).
Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs).
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS).
Norma Operacional Básica (NOB).
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Programa de Saúde da Família (PSF).
Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS).
Sistema Nacional de Transplante (SNT).
Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS).
Sistema Único de Saúde (SUS).
Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).

Lista de tabelas

Apresentação

Este livro é uma versão da Primeira Parte de minha tese de doutoramento, "*Uma dádiva moderna: transplantes de órgãos inter vivos*", apresentada à Comissão de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, em 2008. Assim, este trabalho consiste em um estudo no âmbito das ciências sociais sobre o desenvolvimento da medicina e do hospital como sendo os elementos estruturantes da Modernidade no campo do direito social à saúde. De modo que para a compreensão dessa temática, torna-se imprescindível uma abordagem da saúde no contexto das sociedades modernas através das instituições que acompanharam a evolução do Estado e de suas políticas voltadas para a esfera da saúde, com ênfase para a história da medicina e estrutura hospitalar. Portanto, privilegio os elementos básicos da Modernidade que têm relações diretas com a saúde como um direito social, bem como destaco a inserção das políticas de saúde na Sociedade Contemporânea.

No *Capítulo Primeiro*, propomo-nos a descrever algumas instituições que foram importantes para o processo evolutivo da Sociedade Moderna, destacando o Estado-Nação como um dos sustentáculos da Modernidade, pois promoveu a aceleração e expansão das estruturas modernas. No *Capítulo Segundo,* faremos uma reconstrução histórica da Medicina, desde a Antiguidade, perpassando pela Era Clássica, pelo Período Medieval, Renascença e chegando aos Tempos Modernos, enfatizando as atuais tendências da Ciência Médica, com seus respectivos modelos e sistemas de cura. Já no

Capítulo Terceiro, analisaremos a Estrutura Hospitalar Moderna no âmbito tecnológico, como também discutiremos a caracterização sociológica dos hospitais, salientando as perspectivas teóricas, a organização da divisão do trabalho, o poder médico e o processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. Continuando, no *Capítulo Quarto,* será apresentada uma articulação entre as Modernas Políticas Públicas de Saúde e a Inserção das Ciências Sociais neste Campo. No *Capítulo Quinto*, desenvolveremos uma abordagem sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, destacando a genealogia institucional e a organização estrutural. Por fim, no *Capítulo Sexto,* será ressaltada a Saúde como Qualidade de Vida e a alternativa dos Transplantes de Órgãos como forma de humanização.

Atualmente, vem sendo dado ênfase a determinados estilos de vida, como a atividade física e a alimentação saudável, sendo tais comportamentos caminhos para se alcançar uma longevidade em boas condições de saúde; além disso, registre-se a frequente observância das orientações médicas e sanitárias, sempre buscando uma melhor qualidade de vida.

Desse modo, a normalização médica chega cada vez mais aos territórios do campo social, consequentemente, a saúde se torna uma preocupação constante para um número crescente de pessoas; até porque ela figura entre os maiores valores da vida do ser humano. Logo, é importante lembrarmos que a necessidade de cuidados e tratamento de uma população exige políticas públicas adequadas, que devem propiciar saúde durante toda a vida, incluindo sua promoção e prevenção das doenças.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento das ciências médica e biológica nos últimos anos, como também o acesso às novidades tecnológicas, vêm possibilitando inúmeros avanços na área em análise, com destaque para os novos métodos de diagnósticos e para a utilização da informática na criação de instrumentos cirúrgicos;

de modo igual, saliente-se a evolução das técnicas cirúrgicas com recursos digitais e descobertas de novas drogas, culminando com o desenvolvimento e aprimoramento da tecnologia médica dos transplantes de órgãos humanos. Enfim, tudo isso tendo em vista uma efetiva humanização da saúde.

Com efeito, o processo tecnológico e científico, sempre buscando o aperfeiçoamento e a melhoria das condições de saúde do ser humano, remete-nos a um novo patamar da ciência médica representado pela rotinização das transplantações de órgãos, abrindo assim novos horizontes de possibilidades terapêuticas para determinadas doenças. Sem dúvida, tal evento representa uma das mais fantásticas proezas da espécie humana em sua constante procura por uma melhor qualidade de vida para as pessoas. Realmente, o surgimento desse procedimento cirúrgico e sua aplicação no tratamento das doenças terminais de alguns órgãos converteram-se em um dos capítulos de maior êxito da história da medicina; pois, em aproximadamente cinco décadas, essa cirurgia evoluiu de uma intervenção relativamente arriscada, realizada apenas em pacientes com doença renal crônica em estágio final, para uma proposta terapêutica eficaz em doentes com enfermidades terminais de outros órgãos.

Nesse sentido, observem-se os recentes progressos no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos; além da introdução de medicamentos imunossupressores mais modernos, que vieram a contribuir para melhorar os resultados dos transplantes. De fato, o grande sucesso deste procedimento cirúrgico na época atual é exteriorizado pelos números que vêm crescendo a cada dia, revelando que as pessoas estão ficando cada vez mais conscientes sobre a relevância da doação de órgãos e tecidos.

Prof°. Dr. Marconi do Ó Catão.

Prefácio

Sobre as artes de curar e outras artes: há muito, a literatura especializada na área médica vem sentido falta de um estudo circunstanciado sobre a História da Medicina. Assim, o livro "*Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade*", de Marconi do Ó Catão, chega às nossas mãos para reparar esta lacuna. Não que outros autores não tenham publicado uma história da Ciência Médica e das artes de curar, mas a novidade está na metodologia utilizada para descrever tal história. O autor se vale de um método descritivo lastreado em três campos do saber: a Sociologia, a Antropologia e a própria Medicina.

A abordagem médica conduz o leitor a perceber as diversas artes de curar, os meandros, impedimentos, mitos e formas dos processos de cuidar do corpo, curando as feridas e tratando a alma. A visão antropológica trata a medicina como um campo da cultura, relativizando em cada fase histórica seus procedimentos e métodos. O plano sociológico recupera as diversas transformações sociais ocorridas no período denominado Modernidade, com o aparecimento das tecnologias de cura, da visão científica do mundo e da racionalidade como fundamento das relações sociais.

Como doutor em Sociologia, o professor Marconi navega com muita facilidade nestes campos, sem que para isto a obra fique pesada de conceitos. Aliás, uma das muitas virtudes do texto é ser leve, mesmo tratando de um assunto nem sempre fácil. Efetivamente, este livro demonstra um compromisso com o leitor, e quando este

abrir as páginas deste trabalho, um mundo fascinante se revelará, pois a história da Medicina, contada a partir destas vertentes, terá tanto uma repercussão científica, quanto um impacto literário, em um ótimo exercício da arte da escrita. Percebem-se de imediato os inúmeros usos desta obra pelos mais diversos profissionais e também pelo leitor ávido de conhecer as artes da cura. Um pluralismo de ideias muito bem articuladas comanda a tessitura deste texto, melhor dizendo, as ideias arranjadas pelo autor, neste livro, funcionam tão bem quanto os órgãos de um corpo.

Como um sistema equilibrado, os vários capítulos seguem uma ordem coerente de ideias interdisciplinares. O presente trabalho tem início com noções seminais de Estado-Nação e do *Welfare state*, continuando com um desenvolvimento histórico das artes de curar até a Medicina moderna como tal é concebida nos dias atuais, a partir de um debate sobre a lógica da Modernidade. Em seguida, Marconi conduz o leitor a visitar o hospital moderno e sua estrutura, sendo que o texto revela toda a erudição do autor quando se abre o leque das Ciências Naturais para as Ciências Sociais. Partindo sempre das bases modernas do saber médico, os capítulos se sucedem em uma apresentação do sistema de saúde brasileiro, da concepção de saúde como qualidade de vida, culminando com a intervenção da tecnologia na Medicina moderna por meio dos transplantes de órgãos, objeto da tese de doutorado do autor.

Recomendo a todos o deleite da leitura deste livro. Médicos, advogados, sociólogos, diletantes. Enfermeiros, antropólogos, curiosos, navegantes. Uma viagem no tempo pelos labirintos das artes da cura através de uma escrita livre, erudita, fluida e coerente.

Prof. Dr. Adriano Azevedo Gomes de León
Programa de Pós-Graduação em Sociologia -
Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa (PB).

Agradecimentos

A Deus, que nos possibilita alcançar objetivos relevantes.

Agradeço ao Prof. Dr. Adriano Azevedo Gomes de León, meu orientador, pela receptividade, atenção e apoio na concretização deste trabalho, bem como ao Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perruci e ao Prof. Dr. Ariosvaldo da Silva Diniz que, também, integram o Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, por terem despertado sobre a relevância temática para o consequente desenvolvimento deste livro.

De modo igual, agradeço aos colegas e demais professores desse Programa de Pós-Graduação, que fundamentaram a minha formação como sociólogo. Registro agradecimentos a Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UEPB, que muito vem desempenhando a missão de divulgação e democratização do conhecimento científico, especialmente por meio da Editora Universitária da Universidade Estadual da Paraíba – EDUEPB, representada nesse momento pelo Profº Dr. Cidoval Morais de Souza. Também deixo um agradecimento à Revisora deste Trabalho, Prof.ª Elizete Amaral de Medeiros.

Introdução

Com o *Estado-Nação* surgiu o Estado Clássico de Direito que, a princípio, exterioriza-se como o Estado Liberal, tendo como uma de suas metas principais a concretização dos direitos tradicionais, que reclamam uma atuação passiva, por meio de uma negação ou mesmo um impedimento; posteriormente, este Estado, reformulando sua principiologia original, passa a garantir níveis mínimos de renda, saúde, escolaridade, benefícios etc., tudo isso através de intervenções na vida econômica e social dos indivíduos, por intermédio de políticas públicas.

Logo, o Estado Liberal revela-se como um Estado do Bem-Estar Social – o *Welfare State*; sendo que esta tendência, verificada principalmente do início do século passado em diante, tem como objetivo principal a instituição de novos direitos, que exigem uma prestação positiva, uma realidade, para que se efetivem. Assim, a ideia de direito social é um produto essencialmente dos tempos modernos, tendo como objeto uma prestação de um serviço, tal qual o médico-hospitalar e sanitário quanto à saúde. Portanto, a partir da concepção do Estado-Nação, abordaremos o desenvolvimento da medicina e do hospital como sendo as estruturas básicas da Sociedade Moderna no campo da saúde.

Historicamente, a área da saúde tem vivenciado vários movimentos (Medicina Social, Saúde Pública, Sanitarismo, entre outros) envolvendo as práticas sanitárias advindas das diferentes articulações entre a sociedade e o Estado que, por sua vez, determinam as respostas sociais às necessidades e aos problemas relacionados com

a saúde. De modo que, na presente época, reergue-se a discussão da saúde com os novos dilemas surgidos com os avanços tecnológico e científico, especialmente no âmbito das questões bioéticas.

Assim, neste trabalho também procuramos mostrar que a meta de implementação de um sistema de saúde que alcance a universalização da assistência exige que as políticas econômicas articulem-se de algum modo com as políticas sociais, principalmente com as de saúde e educação, haja vista que é pouco provável que uma política de saúde isolada seja suficiente para enfrentar as necessidades sociais básicas. Então, na análise de um sistema de saúde, devem ser considerados a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, o modelo assistencial adotado e as formas de financiamento utilizadas.

Um dos direitos sociais mais tradicionais é o da saúde, tendo dado margem à criação de um extenso serviço público. No Brasil, as mudanças sociais pelas quais passamos nas últimas décadas foram significativas, destacando-se entre elas a inserção do cuidado médico com a saúde de todos os cidadãos no elenco dos direitos fundamentais presentes na vigente Constituição Federal. Nos dias de hoje, com o progresso da ciência médica, notadamente na área da cirurgia, os transplantes de órgãos tornaram-se uma realidade, trazendo, consequentemente, uma hipervalorização do corpo humano, como reserva de tecidos e órgãos. De fato, esse procedimento cirúrgico representa uma grande expansão da medicina, pois vem abrindo amplas chances para o tratamento de inúmeras doenças, por meio da substituição de órgãos irremediavelmente comprometidos.

Nesse contexto, ressalte-se que, na época atual, o hospital constitui o campo fundamental da produção do saber e prática médicas, sendo uma estrutura que, nos sistemas de saúde contemporâneos, simboliza a institucionalização dos conhecimentos

médicos específicos. Realmente, até mesmo os setores da medicina já especializados têm sido objeto de uma crescente diferenciação em novas áreas, que levam em consideração a especificidade das doenças, das classes de doentes, das partes ou funções do corpo e das técnicas, sendo estas utilizadas principalmente no campo da cirurgia.

Outrossim, observe-se que o surgimento do hospital moderno revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a modernização de suas atividades, em virtude de que o estabelecimento nosocomial é visto como uma peça indispensável para a análise da evolução do sistema de saúde como um todo, exteriorizando, assim, o poder da tecnologia médica nos modelos terapêuticos modernos.

Hodiernamente, existem os "*serviços médico-hospitalares de ponta ou de alta tecnologia*", que são aqueles que têm por objetivo a produção de cuidados médicos sofisticados, através da utilização de técnicas avançadas na produção do diagnóstico e das propostas terapêuticas. No Brasil, esses "*serviços*" correspondem a esfera de atendimento médico terciário, que comporta os hospitais especializados, locais onde são realizados os procedimentos de alta complexidade, incluindo entre estes os transplantes de órgãos[1], que é uma intervenção cirúrgica assegurada no parágrafo 4º do art. 199 da atual Constituição Federal Brasileira, dispositivo este já devidamente regulamentado pela Lei Federal Complementar nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, e pelo Decreto Federal nº 2.268, de 30 de junho de 1997, que regem a remoção de órgãos; tendo, por conseguinte, sido criado o Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

1 Sobre a abordagem jurídica e médica no âmbito dos transplantes, ver CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito:** transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade. São Paulo: Madras, 2004.

De modo igual, é relevante salientar que, na análise das Ciências Sociais no campo da Saúde, observa-se, no caso particular da Sociologia, a ausência de uma tradição clássica para a esfera da saúde, quando comparada a determinados temas das áreas constitutivas das ciências sociais. Nessa ótica, cumpre registrar que a denominação *Sociologia Médica* surge nos Estados Unidos no final do século XIX, por meio de um trabalho de *Mclntire,* que tratava das preocupações acadêmicas que dizem respeito às leis que regulavam as vinculações entre a profissão médica e a sociedade, tendo como objetivo verificar a mediação das explicações sociológicas sobre as relações entre a instituição e a linguagem médica, seus pacientes e a comunidade em geral.

Na América Latina, são destacados os estudos de *Everardo Nunes*[2], que inclusive ressalta a influência da sociologia americana e o esforço para se criar um pensamento autônomo adequado à realidade da região. Um outro importante estudioso latino-americano é *Juan César Gárcia*[3], que desenvolveu pesquisas a partir da década de sessenta até o início dos anos oitenta do século passado. Assim, deste período em diante, a variedade de referenciais teóricos é bastante evidente, tomemos como exemplos os trabalhos utilizando os conceitos de *campus e habitus*, na teoria desenvolvida por *Pierre Bourdieu*; a análise do discurso, de *Michel Foucault*, sendo utilizada em recentes estudos; já *Clifford Geertz* será referência para as pesquisas sobre os aspectos simbólico e cultural das práticas médicas etc.

---

2 NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.55-69, 1996; ________. **Sobre a sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 1999

3 GARCIA, Juan César. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. In: NUNES, Everardo Duarte. (Org.). **As ciências sociais em medicina.** São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez – Abrasco, 1989. p.51-67.

Na época atual, podemos elencar importantes temas no encaminhamento da produção em Ciências Sociais no âmbito da saúde. O primeiro deles diz respeito às políticas de saúde, área que apresentou grande desenvolvimento, salientando-se o trabalho da socióloga e historiadora *Regina Bodstein*[4], que enfatiza que um dos principais problemas a enfrentar reside na articulação entre o macro e o micro-social, associando-se ao resgate dos atores coletivos e de novas identidades que se constroem durante os processos sociais. Um segundo assunto de extrema relevância é a abordagem sobre o conceito saúde-doença, que vem sendo, reiteradamente, analisado por vários estudiosos, destacando-se entre estes a professora *Maria Cecília Minayo*[5], que trabalha no campo das representações sociais sobre saúde/doença. Mais recentemente, alguns pesquisadores vêm adotando teorias que expressam a valorização das subjetividades, do imaginário e dos fenômenos da cultura, em si mesmos ou como instâncias mediadoras entre as estruturas/sistemas e a ação social.

Desse modo, no Brasil, o campo das ciências sociais em saúde, no Brasil, reflete tradições intelectuais, como também está diretamente relacionada com as várias reordenações pelas quais passaram as práticas médicas. Mas, sem dúvida, uma forte conotação política esteve presente na construção de uma ciência social latino-americana, tendo isso repercutido bastante no setor da saúde.

---

4 BODSTEIN, Regina C. A. (Org.). **Serviços Locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. ; __________. Políticas em serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1997.

5 MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 1989. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989.

Ademais, é possível afirmar que praticamente todas as áreas de conhecimento científico vêm contribuindo para o campo da saúde no âmbito das ciências sociais, sobressaindo-se o envolvimento mais direto dos profissionais da saúde com as questões políticas. Portanto, procura-se uma reativação do estudo histórico das doenças e da organização sanitária, bem como uma reavaliação das bases teóricas no campo do planejamento em saúde; consequentemente, reergue-se a discussão da saúde com os novos dilemas advindos dos avanços tecnológicos e científicos, especialmente no âmbito das questões bioéticas, com destaque para a problemática da *doação de órgãos para fins de transplantes.*

Este trabalho tem por objetivo analisar os elementos fundantes das Sociedades Modernas que têm relações diretas com o direito social à saúde, bem como visa verificar e esclarecer o desenvolvimento histórico da medicina e da estrutura hospitalar no contexto da Modernidade, enfatizando os vários aspectos inerentes ao poder médico e ao processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. De modo igual, este texto se propõe a estudar alguns pontos relacionados com as políticas de saúde nas sociedades contemporâneas, destacando a inserção das Ciências Sociais no campo da saúde, a organização estrutural do Sistema de Saúde Brasileiro e os transplantes de órgãos como forma de humanização da saúde.

O método de procedimento utilizado foi o descritivo-analítico, tendo sido realizadas abordagens por meio de consultas à vigente Constituição Federal, textos legislativos, bibliografias inerentes às ciências sociais e a literaturas pertinentes aos eixos temáticos desse estudo. Saliente-se, ainda, quanto à metodologia, que foram utilizadas para o levantamento bibliográfico as técnicas de pesquisa, de observação sistemática e de análise de conteúdo.

A justificativa desta obra está inserida no fato de que atualmente verificam-se necessidades de reflexões e discussões no

sentido de melhorar a compreensão dos processos de racionalização das atividades médico-hospitalares existentes nas várias formas de poder médico, haja vista que são raras as preocupantes matérias publicadas que abordam essa temática. Além do mais, é também oportuno um melhor entendimento sobre as articulações entre as políticas sociais e as econômicas, estando o percurso histórico diretamente associado a esse debate. Outrossim, observa-se a necessidade de compreendermos o modo operacional do Sistema de Saúde Brasileiro, ressaltando a alternativa dos transplantes de órgãos humanos, que é um procedimento de alta complexidade existente na esfera de atendimento terciária do Sistema Único de Saúde, sendo esta intervenção garantida institucionalmente em todo território brasileiro.

Capítulo 1

A modernidade e suas bases

Do Estado-nação ao *Welfare State*: o direito social à saúde

Anthony Giddens[1] destaca como elementos-chave da Sociedade Moderna as seguintes dimensões: a presença hegemônica do Ocidente, em termos de valores culturais e financeiros; o acelerado desenvolvimento tecnológico e de meios de comunicação; e, como aspectos particulares do século XX, a desintegração de antigos padrões de relacionamento social, tais como os elos tradicionais entre as gerações e a submissão da mulher, assim como o espaço de vida cada vez mais criado e urbanizado em contraste com o "natural" ou intocado, transformações estas que constituem os valores ocidentalizados da individualidade, do liberalismo e do consumo como satisfação última. Para *Giddens*[2], a Modernidade "refere-se a estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na

---

1 GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. Trad. Raul Fuker. São Paulo: EDUSP, 1991, p. 21 et seq. e 173.

2 Ibid., p.11.

Europa a partir do século XVIII e que ulteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência". Mas, para a expansão desse estilo de vida, foi fundamental a ação do Estado, como ressalta *Hobsbawm*[3]:

> [...] o mundo ainda consiste de Estados, e uma porção deles não conta, e outros tantos estão inoperantes ou deixaram mesmo de existir. Mas decisões ainda são tomadas pelos Estados. E eu ainda estou para ver um exemplo de intervenção importante fundada em outro motivo senão no interesse do Estado.

Portanto, o que consolida a Modernidade é uma outra forma de organização econômica, diferente da tradicional regulamentação do trabalho, freguesia e comércio, bem como de taxas de lucro e obrigações; sendo tal estrutura ordenada inicialmente por uma prática ética e moral religiosa, de relações voltadas ao lucro e à acumulação, burocratizada e racional, isto é, com padrões de especulação do capital. Nesse contexto, *Weber*[4] destaca o "capitalismo" como a força mais decisiva da vida moderna, entendendo esse autor que "o capitalismo identifica-se com a busca do lucro, sempre renovado por meio da empresa permanente, capitalista e racional". Logo, nessa nova forma de composição econômica, as diferenças se apresentavam entre a classe burguesa e a trabalhadora, não mais entre nobreza e vassalagem.

Das tentativas de amenizar as relações entre a posse da propriedade e o Estado legitimado e tributarista, apareceram práticas que remontam ao surgimento da moderna instituição assistencial

---

3 HOBSBAWM, Eric J. **Era dos Extremos**: um breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 6.

4 WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Trad. Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2002. p.26.

social e de saúde – o que passou a chamar-se de "política do bem estar social"[5] Assim, o surgimento do *Welfare state* pode ser entendido como uma fonte de poder, pois movimenta os atores sociais em busca de recursos econômicos e políticos, sendo, inclusive, suficiente para manter uma unidade de classe; contudo, são evidenciados deslocamentos de poder nessa forma de Estado, tendo em vista que a migração do centro de tomadas de decisões dos parlamentares em direção a novas associações corporativas, a crescente dificuldade dos trabalhadores em manter organizações partidárias fortes e estáveis, como também a suposição de que a democracia representativa possa garantir e ampliar os benefícios das políticas sociais sendo crescentemente desmentida pelos fatos são exemplos desses efeitos.

Feitas essas considerações, passaremos a analisar, mais detalhadamente, algumas instituições que foram importantes para o desenvolvimento da Sociedade Moderna e que estão relacionadas com a temática da saúde.

Giddens[6] destaca o Estado-Nação como uma das mais relevantes estruturas que promoveram a aceleração e expansão das instituições modernas; por conseguinte, a sua edificação constitui um dos sustentáculos da Modernidade. O Estado-Nação é uma ascensão do tradicional Estado protetor clássico, patrimonialista, do século XV, onde a nação não se estendia a toda a população de uma área, mas aos membros de classes que mantinham sentido de identidade a partir da linguagem e da história, constituindo a *natio,* entendida como os nascidos em uma comunidade.[7] Todavia,

---

5 ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare state. **Lua Nova**, São Paulo, 1991. v.24, p.96.

6 GIDDENS, 1991, p. 68.

7 KEANE, John. Naciones, nacionalismo y cuidadanos em Europa. **RICS**, 140, p.217, Julio, 1994.

esse Estado é entendido pelos clássicos como a "representação política que implica no fato de que as populações que constituem uma sociedade no mesmo território reconhecem-se como pertencentes essencialmente a um poder soberano que emana delas e que as expressa".[8]

Historicamente, vamos encontrar as origens do Estado-Nação na Europa Medieval, mais precisamente na Restauração Inglesa de 1690; se bem que a forte afirmação desse modelo de Estado deu-se com a Revolução Americana de 1776 e com a Revolução Francesa de 1789, ou seja, com o conjunto de revoluções que formaram o que se usa denominar de as grandes "revoluções burguesas". Logo, a ideia de nação, já presente nos pensadores do século XVIII e especialmente em *Hegel*[9], passou a caracterizar toda a política moderna; por sua vez, o Estado-Nação tornou-se uma realidade política, em torno da qual circulam os atos históricos, persistindo ainda hoje, embora, evidentemente, com o acréscimo de novas diversidades.

De fato, no momento de emergência do Estado-Nação, foram derrubadas todas as barreiras que fragmentavam a atividade econômica e política, eliminando, então, as velhas lealdades feudais que tanto dificultavam a realização da unidade nacional. Com relação à significação da Revolução na América do Norte, tem-se, dentre outros aspectos importantes, que a rebelião das treze colônias de origem britânica foi modelo de luta contra a sujeição ilegítima. De maneira que o processo revolucionário levou à

---

8 CHÂTELET, François; DUHAMEL, Olivier; PISIER-KOUCHNER, Evelyne. **História das Idéias Políticas**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 85.

9 Hegel foi um importante pensador dessa forma histórica que é o Estado-Nação, tendo como objeto de análise a Revolução Francesa e o Império Napoleônico daí derivado.

fundação da República dos Estados Unidos da América do Norte, tendo repercutido nos atos iniciais da Revolução Francesa e também espraiado suas ideias às colônias espanholas e portuguesas da América da Sul.

Na França, a revolução caracterizou-se como luta da nação (Terceiro Estado, composto pela burguesia, artesões, camponeses e operários) contra a tirania do Rei Luís XVI, representante da sociedade aristocrática baseada na desigualdade e na hierarquia. Mas, diversamente do que ocorreu nos Estados Unidos da América, o coletivo francês tinha uma forte imagem de nação, que se exteriorizou com o movimento revolucionário deflagrado em 1789, traduzido por uma revolta ao agravamento da carga tributária incidente sobre o Terceiro Estado, decorrente da grande despesa estatal com o sustento da nobreza.

Com efeito, foi justamente por ocasião da convocação dos Estados Gerais, visando aprovar novos impostos sem o princípio da votação individual, que se obteve o resultado de uma maioria para o Terceiro Estado; sendo que este, por iniciativa de *Emmanuel Joseph Sieyès*[10], declarou-se Assembleia Nacional, em uma ação irreversível contra as duas ordens privilegiadas: o clero e a nobreza. Assim, com a noção de Poder Constituinte Originário elaborada por *Sieyès*, cuja titularidade era da nação, a Assembleia Constituinte elaborou a primeira Constituição europeia escrita (1791), revelando ser uma construção anterior ao próprio Estado. Então, a abolição dos privilégios (fiscais e sociais) reinantes no *Âncien Règime* deu-se em nome da liberdade e da igualdade; em suma, da nação (povo) emanavam todos os poderes, mas o exercício da soberania teria que passar necessariamente pela implementação de uma Constituição, legitimada para estabelecer a ordem jurídica. E, com o *Estado-Nação,*

---

10 SIEYÈS, Emmanuel Joseph. **A Constituinte burguesa/o que é o Teceiro Estado?** Trad. Norma Azevedo. Rio de Janeiro: Líber Júris, 1986. Passim.

nasceu o Estado clássico de Direito, ou melhor dizendo, nasceram os Estados Constitucionais limitados pelo direito, detendo o povo a titularidade daquele único poder capaz de constituir um Estado (ou de “criar” uma Constituição), qual seja, o Poder Constituinte Originário.

Mas, é na passagem do século XVIII e início do século XIX, que a situação das relações trabalhistas começa a se modificar, haja vista que o novo paradigma de produção exigia rápida união e organização das categorias que trabalhavam em determinados setores para que fosse possível pleitear, sobretudo, melhores condições de trabalho. Porém, se tais reivindicações partissem do trabalhador, individualmente considerado, certamente seriam denegadas e destinadas ao fracasso. De forma que inicialmente surgiram, nos grandes centros industriais, as uniões clandestinas de trabalhadores, notadamente nas cidades europeias; sendo esse período caracterizado pela proibição da associação de trabalhadores, que principia com a Revolução Francesa de 1789, indo até meados do século XIX. Logo, as formas discretas de sindicatos eram consideradas como contrárias ao interesse público e toda manifestação associacionista era tida como conspiração delitiva; contudo, pouco ou nada adiantaram as medidas restritivas e repressivas contra o sindicalismo, a greve e as coalizões.

Nessa perspectiva, cumpre ressaltar que, em 1824, o Governo da Inglaterra foi o primeiro a reconhecer os sindicatos de obreiros como entidades legais, retirando o caráter delituoso dos mesmos; tendo sido este reconhecimento fruto da influência da expansão das ideias socialistas. Ressalte-se que é justamente nesta fase, conhecida como de *tolerância,* que surgem, nos países europeus, as primeiras leis pertinentes aos direitos dos trabalhadores, especialmente leis de proteção aos acidentes em serviço, aos menores e às mulheres.

Com o desenvolvimento do modelo capitalista apareceram, também, vários problemas não resumidos às relações de trabalho, pois eram situações que se refletiam no seio da sociedade. Então, a complexidade das relações econômicas pela produção em larga escala, o crescimento desordenado das cidades, o êxodo rural, a explosão demográfica, etc., foram fatores responsáveis pela eclosão de conflitos de interesses dos mais variados, envolvendo não mais o indivíduo isolado, como no esquema tradicional liberal-burguês, mas coletividades inteiras, grupos e classes.

Sem dúvida, o surgimento da *sociedade de massas* determinou que questões como *saúde*, educação, consumo, transportes, alimentação, poluição e tantas outras fizessem parte da pauta de reivindicações de amplos setores da coletividade, estabelecendo pontos de conflituosidade que fugiam aos parâmetros das relações de trabalho e das condições para melhorá-lo, ao mesmo tempo em que ocasionavam controvérsias que ultrapassavam os limites do indivíduo isolado, questionando aspectos relativos à continuidade da própria sobrevivência da espécie.[11]

O Estado Liberal, em especial aquele próprio a alguns países ocidentais, particularmente os casos europeus e americano (EUA), responde a essa onda de transformações buscando, na modificação de suas próprias funções e na reformulação de sua principiologia original, um refúgio que evite o colapso; passando, mais em virtude dos reclamos dos cidadãos do que por iniciativa própria, então a garantir níveis mínimos de renda, saúde, escolaridade e benefícios, através de intervenções maciças na vida econômica e social

---

11 Neste sentido, Norberto Bobbio chama de direitos humanos de quarta geração a preservação do patrimônio genético da humanidade, ante aos efeitos cada vez mais traumáticos da pesquisa biológica, que poderá permitir a manipulação do patrimônio genético de cada indivíduo. Cf. BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p. 26.

dos indivíduos, por intermédio de programas de *políticas públicas*. Logo, o Estado Liberal passa a ser um Estado de Bem-Estar Social – o *Welfare state*[12]; sendo esta tendência verificada, principalmente, do início do século passado em diante.[13]

O *Welfare state* emerge definitivamente como consequência geral das políticas definidas a partir das Grandes Guerras e da depressão econômica da década de 1930, embora sua formulação constitucional tenha se dado na segunda década do século XX (México, 1917; *Weimar*, 1919). Mas, foi na França que os juristas e a própria Constituição Francesa de 1848 esboçaram, pela primeira vez, a ideia de um Direito Social capaz de edificar uma nova solidariedade na sociedade. Portanto, a formulação de tal direito vem

12 Utilizaremos, indistintamente, a nomenclatura *Walfare State,* Estado do Bem-Estar Social, Estado-Providência e malgrado termos ciência das distintas faces que eles assumem quando se apresente eminentemente como assistência social - caso dos EUA - ou englobe o conjunto de mecanismos de seguridade social - caso europeu. Assim, para os objetivos desta tese, não há que se perquirir sobre tais distinções, visto que em todas elas irá se dar a passagem do individual para o coletivo; ainda com relação às denominações dadas ao Estado Social, vale citar o entendimento de François Ewald, quando ele ressalta que: "A tese que eu queria desenvolver é mais ou menos a seguinte: desde finais do século XIX, por toda uma série de razões históricas largamente independentes das ideológicas, estabeleceu-se uma espécie de consenso a respeito da maneira de governar as nossas sociedades. Esse programa governamental, que se designa habitualmente pelo termo, *bem inadequado* de 'Estado-Providência' é acompanhado pela formação de uma ordem jurídico própria: o direito social...". Cf. EWALD, François. **Foucault, a norma e o direito**. Trad. António Fernando Cascais. Lisboa: Vega, 1993, p. 185.

13 Sobre a função social do Estado Contemporâneo, ver: PASOLD, César Luis. **A função social do Estado Contemporâneo.** Florianópolis: [s.n.], 1984; sobre a intervenção do Estado no domínio econômico, ver: CADEMARTORI, Sergio V. de. Liberalismo e função do Estado nas relações de produção. **Revista Seqüência**, Florianópolis, n. 24, 1992, p. 81-91.

solidificar a possibilidade de determinadas políticas e intervenções do Estado a favor de um certo equilíbrio social.[14]

Desse modo, o desenvolvimento do *Welfare state*, apesar de ter outros fatos que tenham produzido reflexos importantes, pode ser creditado a duas razões: a *política*, expressada por meio da luta pela consagração legislativa e a consequente efetivação prática dos direitos individuais, dos direitos políticos e, finalmente, dos *direitos sociais* e econômicos; e *econômica*, que se manifesta na transformação da sociedade agrária em industrial, deixando visível que o desenvolvimento da indústria impõe o acatamento e a solução do problema da segurança social. Em resumo, pode-se caracterizar o Estado do Bem-Estar Social como aquele que garante tipos mínimos de renda, alimentação, *saúde*, habitação, educação etc., sendo tudo isso assegurado a todo o cidadão como direito político.

Como podemos observar, a constituição do Estado Social significou trazer de volta um sentido material da lei, na busca de redução das desigualdades sociais e procurando garantir aos cidadãos uma série de direitos, que vão além da mera liberdade política. Todavia, é relevante salientar que as conquistas do liberalismo prevalecem, sendo os avanços do Estado Social um *plus* que acrescenta um conteúdo ético aos sistemas jurídico-formais, representados pelo conjunto de valores que inspiram um Estado de Direito pluralista.

Segundo *Canotilho*[15], o Estado Social não pode ser um Estado de Direito[16], pois este não tem tarefas ou fins econômicos, sociais e

---

14 Cf. Glória REGONINI, Verbete estado do bem-estar em BOBBIO, Norberto. et all. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 1986. p.416.

15 CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estado de direito**. Lisboa: Gradiva, 1999. Passim.

16 O Estado de Direito é, por definição, um Estado de Justiça; mas, muitas vezes, ele é identificado com as leis postas e impostas pelo Estado e com os direitos regulados nos termos da lei. De forma que, trata-se, então, de

culturais. De maneira que, com estas palavras, o autor pretende deslegitimar qualquer Estado que se autoproclame programaticamente vinculado à realização da justiça social, da igualdade, da solidariedade e dos direitos econômicos, sociais e culturais. Por último, esse autor destaca que os direitos sociais realizam-se melhor sem o Estado do que através deste, visto que a experiência demonstrou que a efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais por meio da ordem livre do mercado é a única forma de garantir a justiça distributiva sem colocar em perigo a liberdade. Logo, no entender de *Canotilho*, não é ao Estado, nem muito menos a um Estado de Direito, que pertence a regulação da ordem dos bens, pois o direito é mais uma autorregulação social do que uma regulamentação estatal.

Nessa ótica, registramos também que a ideia de direito social pode ser remontada à *École du Droit Social Natural*, onde, como *jus sociale naturale*, o termo direito social foi pronunciado pela primeira vez. Mas, apesar desta possível delimitação cronológica, datando dos séculos XVII e XVIII, isto não significa a inexistência de qualquer resquício arqueológico sobre a noção de direito que não aquele próprio do indivíduo isolado. Tal análise pode nos levar a identificar sinais de um direito social na Idade Média, onde, todavia, os traços de distinção de um direito comum entre as pessoas em relação a um outro de caráter individual ainda não se constituíam.

---

uma visão formal do Estado de Direito ao qual bastaria a existência de uma hierarquia de normas jurídicas regularmente editadas pelos detentores de poderes legislativos; nesse sentido, pode haver um Estado de Direito formal, mas pode não haver um Estado de Justiça. Enfim, o Estado de Direito aproximar-se-á de um Estado de Justiça se incorporar princípios e valores materiais que permitam aferir do caráter justo ou injusto das leis, da natureza justa ou injusta das instituições e do valor ou desvalor de certos comportamentos. Cf. CHEVALLIER, Jaques. **L'État de droit**. 2.ed. Paris: Montchrestien, 1994.p.126.

Ainda no debate histórico, seguindo a trilha do pensamento de *Hauriou* juntamente com *Duguit*, podemos confirmar a preferência pelo estabelecimento definitivo da concepção de direito social. Para *Hauriou*, este direito somente se constituiu após o triunfo do individualismo, como seu adversário [17]; sendo, no século XVIII, que se colocam frente a frente o individualismo jurídico e a teoria do direito social. Portanto, a ideia do direito social é um produto essencialmente dos tempos modernos; tendo sido necessário, como ressalta *Gurvith,* a emancipação total do pensamento humano no Renascimento, a afirmação de um pluralismo de sistemas equivalentes, a liberação da sociedade humana – como totalidade – de sua confusão com outras espécies de totalidades. Enfim, foi preciso uma síntese entre o individualismo e o universalismo para que surgisse a construção de um pensamento com relação a um outro direito, ligado não mais ao indivíduo isolado, mas ao grupo social em que o indivíduo está inserido.[18]

De modo que o direito social, que embora muitas vezes seja visto apenas como um conjunto de regras próprias à disciplina das relações de trabalho e à organização das questões relativas à seguridade social, é proposto por *Gurvitch*[19] como uma espécie de autorregulação comunitária, especialmente alheia à normatização estatal. Nesse sentido, pode-se ver, neste autor, a crítica a uma visão limitada do direito social, ligada á ideia de política social do Estado, ou seja, como normas estatais próprias à regulação das relações de trabalho e seus consectários, como previdência, apo-

---

17 GURVITCH, Georges. L'Idée du Droit Social: notion et syestéme du Droit social. In: **Histoire doctrinale depuis lê XVII ème siècle jusqu'à la fin du XIX ème siècle**. Paris: Sirey, 1931. p. 167-168 e 171.

18 Ibid., p. 178 et seq.

19 GURVITCH, p. 505 et seq.

sentadoria etc. Posição semelhante irá assumir *François Ewald*[20], quando afirma que:

> *Dans cette perspective le droit social ne serait pas simplement les disciplines juridiques qui traitent du travail et de la sécurité sociale. Le droit social serait um ensenble des pratiques juridiques vu comme espace normatif et cognitif, où se fait l'articulation du droit et du social dans aucune rapport de causalité ou de reflet, mais dans une perspective de stratégie cognitive capable de permettre le dépossement des clivages figés dans le droit, comme celle de sujet et objet, de normativisme et de sociologisme pour adopter um rapport de complementarité et de communication.*

Paralelamente à definição anteriormente apresentada, podemos situar o debate, produzido na Modernidade, no âmbito da teoria política, onde se revela toda a transformação por que passou o Estado, notadamente no período entre a Primeira Revolução Industrial e as décadas iniciais do século XX. Nesta trajetória, de maneira ampla, é possível destacar dois fenômenos extremamente importantes nos tempos modernos. Por um lado, direcionamos nossa atenção para as mudanças que ocorreram na sociedade a partir, principalmente, do momento em que o processo de industrialização ocasiona uma alteração radical no modo de vida moderno, por meio do surgimento e consequente crescimento acelerado das classes operárias, como também com o expressivo evento de urbanização; tais aspectos refletem a concentração do trabalho imposta pelo modelo industrial e vão repercutir nas consequências que o mecanismo de produção tem em relação à qualidade de vida das

---

20 EWALD, François. Le Droit du droit. In: **Archives de philosophie du droit**: Le système juridique t.31, Paris: [s.n], 1986, p. 251-252.

pessoas. Por outro lado, convém assinalar que, sob um prisma ideológico, vemos desenvolver-se o aprofundamento do pensamento liberal que conduz em seu interior um grande apego ao ideal individualista.

Nesse contexto, a teoria liberal, sob seus vários ângulos, maximiza a figura do homem-singular, o indivíduo, único capaz de julgar sobre suas paixões e interesses. No entanto, a reação ao projeto liberal se revelou com a profusão das doutrinas socialistas e, consequentemente, com as crises vividas por este modelo, que impelem a reinserção social deste indivíduo isolado de sua realidade sócio-histórica. Além do mais, a própria ideia de comunidade, em sentido amplo, vai possibilitar, no plano jurídico, a sustentação da noção de direito social; convém, de modo igual, registrar o fato de que é um certo direito social que, no limiar do século XX, delineará a conjugação de uma nova concepção de Estado, o qual passará a ter funções positivas, deixando de lado seu feitio minimalista vinculado às seguranças interna e externa. O papel do Estado passa, então, a ser o de regulador e promotor do bem-estar social, por conseguinte, é a ideia do *welfare state* que se comporá efetivamente nos pós-45, com o aspecto promocional sendo integrado definitivamente ao vocabulário político do século XX.

Em síntese, a história da sociedade moderna pode ser compreendida como a ampliação e centralização dos meios de poder nas instituições econômicas e políticas. Assim, o crescimento acelerado do setor industrial provocou um grande desenvolvimento dos meios de produção econômica, bem como a ascensão do Estado-Nação ocasionou uma evolução nas formas de administração política. Mas, a crise mundial, duas grandes Guerras e a disseminação dos movimentos revolucionários constituem evidências de que o século passado foi de tensão; sendo que quando a natureza desse desequilíbrio torna-se clara em termos dos grandes problemas, observa-se que

esse período histórico possui um caráter bem singular. Certamente, a sociedade está atravessando, simultaneamente, três transformações principais: nas relações de indivíduo para indivíduo, do Estado para a sociedade e de um Estado para os demais.[21]

No século XX, os anos oitenta compuseram, segundo inúmeras análises de cunho socioeconômico, a década vazia, tendo em vista que, especialmente para os países da América Latina, representaram o período de crise do Estado, da alta inflação e do ajuste inevitável, culminado com a queda de quase todos os regimes autoritários; já para os países do Leste Europeu, o século em análise significou o momento em que o comunismo entrou em colapso, desintegrando o chamado "bloco socialista"; e, para o resto do mundo, criou-se a impressão de triunfo do capitalismo[22], identificado com as propostas neoliberais [23] inseridas através da

---

21 MILLS, C. Wright. A estrutura do poder na sociedade americana. In: **Poder e política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965, p.27; LIPSON, Leslie. **Os grandes problemas da ciência política**: uma introdução à ciência política. Trad. Thomaz Newlands Neto. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p. 487.

22 Nesse sentido, destacamos a citação de Rolf Kuntz, quando assevera que: "O muro de Berlim caiu 200 anos depois da Revolução Francesa e a venda de seus fragmentos, como *souvenir*, simbolizou adequadamente a vitória do capitalismo. KUNTZ, Rolf. O neoliberalismo é um entreguismo. **Revista da USP**, Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo, n.17, p.54; Também cf. PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Pensar a mudança vertiginosa. **Folha de São Paulo**, 18 de maio de 1997. C.1, p.3.

23 Entende-se por "neoliberalismo" a doutrina político-econômica que "representa uma tentativa de adaptar princípios do liberalismo econômico às condições do capitalismo moderno" e que, tendo se estruturado no final da década de 30 do século XX, acredita, como a escola liberal clássica, que a vida econômica é regida por uma "ordem natural" formada a partir das livres decisões individuais e cuja mola mestra é o mecanismo dos preços. Os neoliberais defendem o "disciplinamento" da economia de mercado, não para asfixiá-la, mas para garantir-lhe sobrevivência, já que, ao contrário dos antigos liberais, não acreditam na autodisciplina espontânea do sistema.

escola austríaca liderada por *Friedrich von Hayek*, tendo como tônica: "o mercado e a liberdade de iniciativa econômica, a operar sem interferência do Estado, são motores intocáveis do dinamismo capitalista e da prosperidade social".[24]

Já os anos noventa do século passado trouxeram consigo o denominado fenômeno globalizador[25], de modo que globalização e reformas são hoje assuntos prioritários na agenda de todo o planeta. Logo, as expressões *Globalização, Mundialização, Planetarização, Universalização e Internacionalização* ganharam novos significados, ativados pelos efeitos das transformações sociais, políticas e econômicas surgidas, particularmente, após o fim da bipolaridade do poder mundial; sendo que a forma e o conteúdo da globalização podem variar de país para país, ou entre blocos destes, como também é possível que a velocidade de criação e implementação dos acordos não seja uniforme, mas parece que o processo em si apareceu para ficar, embora seja ainda difícil se falar em um consenso teórico a respeito do mesmo.

Esse disciplinamento da ordem econômica deve ser feito pelo Estado para combater os excessos da livre concorrência, e pela criação dos chamados "mercados concorrenciais", do tipo do Mercado Comum Europeu. Cf. verbete "Neoliberalismo". In: SANDRONI, Paulo (Org). **Dicionário de Economia**. São Paulo: Best Seller, 1989, p. 214.

24 OLIVA, Luiz Antonio Lucena de. Ética, utopia e globalização. *Leopoldianum* – **Revista de Estudos e Comunicações**, Santos/SP, v. XXII, n.62, 1996, p. 63.

25 Na verdade, a globalização tem hoje inéditos conteúdos, mas suas raízes estão fincadas no conjunto de acontecimentos dos séculos XV, XVI e XVII, com a expansão marítima europeia capitaneando a primeira grande empreitada de globalização. Cf. SARDENBERG, Ronaldo. Globalização: visão do Atlântico Sul. Nação e Defesa - **Revista de assuntos políticos, econômicos, científicos e militares**. Lisboa/Portugal, a. XXI, n. 80, out./dez., 1996, p. 35.

No âmbito de um mundo globalizado, cumpre registrar que, justas desconfianças à parte, principalmente no que se refere aos efeitos permanentes sobre o desemprego, a concentração de renda, da riqueza e do saber, a imagem mais visível da modernidade de nossos dias é a de uma economia fluidal, de mercados abertos e, ao mesmo tempo, protegidos em megablocos econômicos e, principalmente, de um poder sem centro. Ou, talvez, possa-se dizer que o poder sofreu um deslocamento, já que a nação se converteu em ator principal da modernização, que cria uma situação sobre a qual procura preservar o controle, mas que, ao mesmo tempo, "aceitará perdê-lo em parte, em benefício de uma produção e de um consumo internacionalizado".[26]

Em última análise, o *Estado Social* foi a instituição política criada pelo capitalismo na busca de compatibilizar as promessas da modernidade com o desenvolvimento do sistema capitalista. De forma que o Estado do Bem-Estar Social é uma tendência e sua forma típica é a criação de novos direitos, que são diferentes dos sociais, políticos e econômicos surgidos, particularmente, após o fim da bipolaridade do poder mundial, pois reclamam uma intervenção ativa, não somente uma negação ou mesmo um impedimento de violação; ou seja, eles exigem uma realidade para que se concretizem. Portanto, é essa a dificuldade dos direitos sociais, eles necessitam de uma atividade, uma promoção do Estado para serem efetivados.[27] Em suma, os *direitos sociais*, também chamados de direitos fundamentais de segunda geração e "direitos de igualdade", próprios do Estado Social Democrático de Direito, são entendidos como direitos da pessoa humana situada na sociedade ou direitos relativos às relações sociais, econômicas ou culturais que o indivíduo desenvolve no curso de sua vida.

---

26 TOURAINE, Alain. **Crítica da modernidade**. Trad. Elia Ferreira Edel. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 146, 208 e 216.

27 BOBBIO, 1992, p.32-33.

Realmente, os direitos sociais determinam prestações positivas do Estado, enunciadas em regras constitucionais, com o objetivo de equalizar situações sociais, econômicas ou culturais distintas.[28] Por conseguinte, tais direitos advêm do Estado Social e Democrático de Direito, Estado Assistencial ou Estado do Bem-Estar Social, como já ressaltamos antes, em que os poderes públicos, sujeitos a deveres jurídicos, assumem a responsabilidade de proporcionar à sociedade, de modo geral, prestações ou serviços públicos para a satisfação de suas necessidades. Ademais, esses direitos são caracterizados pelo estabelecimento, em relação ao Estado, de um dever de prestação, ou seja, são direitos fundamentais satisfeitos por uma concessão de um bem por parte do aparelho estatal, devendo tais direitos serem sintetizados a partir de direitos gerais de igualdade.

Assim sendo, o titular do poder de exigir a prestação positiva do Estado é a pessoa humana, considerada em suas relações sociais; já o Estado é considerado o sujeito passivo dos direitos sociais, sendo ele o responsável pelo atendimento desses direitos. De fato, o objeto do direito social é tipicamente uma contraprestação sob a forma da prestação de um serviço, tal qual o escolar quanto ao direito à educação; o *serviço médico-hospilar e sanitário quanto ao direito à saúde* etc. Portanto, a garantia institucional que o Estado, como expressão da coletividade organizada, dá a esses direitos é a implementação dos serviços públicos a eles pertinentes. Então, a ampliação e modernização de tais serviços é o resultado da obrigatoriedade de atender a esses direitos; contudo, essas necessidades geram altos encargos, diretamente para o Estado e indiretamente

---

28 Sobre os “Direitos Sociais”, o autor da presente tese desenvolveu um estudo intitulado: “Dos Direitos Fundamentais ao Direito à Saúde”, trazendo várias abordagens sobre essa matéria. CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito**: Transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade. São Paulo: Madras, 2004. 2. Cap.; v.tb. MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. 3.ed. Coimbra: Coimbra, 2000. v.4, p. 383-387.

para os contribuintes, o que contemporaneamente suscita um repensar a propósito desses direitos, bem como da forma de financiamento dos mesmos.

Um dos *direitos sociais* mais tradicionais é o da *saúde*, tendo dado margem à criação de um extenso serviço público. De maneira que, inicialmente, foram os planos de saneamento e higienização os antecedentes do direito social à saúde, sendo tais projetos desenvolvidos por meio da polícia sanitária, visando prevenir determinadas doenças. Logo, saúde pública sempre significou atenção médica preventiva ou curativa, e essa concepção continua a existir nos dias de hoje, conforme analisaremos mais detalhadamente no quarto Capítulo.

Outrossim, ressalte-se que o surgimento de novos métodos de prevenção de doenças, a microbiologia, os tratamentos dependentes de novas drogas produzidas por pesquisas, entre outras inovações, modificaram o perfil da medicina ao longo do século passado, como também no século atual. Com efeito, as mudanças sociais pelas quais passamos, nas últimas décadas, foram significativas, destacando-se entre elas: a institucionalização da Medicina do Trabalho, a introdução da legislação laboral, que inclui questões sobre acidentes de trabalho e prevenção de doenças ligadas a determinadas profissões etc., tendo, enfim, o cuidado médico com a saúde de todos os cidadãos se integrado ao elenco dos direitos fundamentais da Carta Magna de 1988. Além disso, o desenvolvimento tecnológico permitiu grande sofisticação de técnicas de diagnóstico e tratamento de doenças, mas significou, de igual modo, a elevação dos custos da medicina. Então, diante de tal realidade, os custos deveriam ser diluídos, ou em seguros sociais, ou em seguros privados, como ocorreu no Brasil, haja vista que, a partir de 1970, os "planos privados de saúde" passaram a surgir entre nós, como veremos posteriormente.

Atualmente, com o progresso da ciência médica e das técnicas cirúrgicas, entre outros avanços no campo da saúde, os *transplantes de órgãos* tornaram-se uma realidade, trazendo, consequentemente, uma hipervalorização do corpo humano, como reserva de tecidos e órgãos. Sem dúvida, esse procedimento cirúrgico representa uma grande expansão da Medicina, pois vem abrindo amplas perspectivas para o tratamento de inúmeras doenças, permitindo a substituição de órgãos irremediavelmente comprometidos. Portanto, para uma melhor contextualização da Era Moderna com os avanços das tecnologias médicas, passaremos a analisar, nos Capítulos seguintes, o desenvolvimento histórico da medicina e da estrutura hospitalar.

Capítulo 2

A Medicina Contemporânea

A antiguidade e suas contribuições

Estando as origens da ciência médica enraizadas nas mais remotas culturas, voltemos nossa atenção para as civilizações da antiguidade, nas quais a medicina já começava a encontrar seus conceitos. Assim, iniciaremos pela *Babilônia*, que foi contemporânea do Egito Pré-Dinástico por volta do quarto milênio, antes que fossem construídas as grandes pirâmides e organizadas a religião, a ciência e a arte. Os primeiros médicos babilônicos foram sacerdotes que ensinavam nas cidades de Babilônia e Nínive, sendo eles chamados *Assipu* e tratavam das moléstias internas, especialmente as doenças mentais, que eram atribuídas à possessão demoníaca e curadas por métodos mágico e religioso; posteriormente surgiram os médicos leigos, que eram denominados *Asu* e cuidavam das enfermidades externas, geralmente causadas por ferimentos, sendo utilizados tratamentos naturais. Mas, como os babilônicos

acreditavam em concepções animísticas[1], o *Asu* frequentemente precisava suplementar seus métodos terapêuticos com processos mágicos, que eram auxiliados por práticas astrológicas e oraculares.

De maneira que se empregavam drogas, entretanto acreditava-se que o tratamento mais eficaz era por meio da magia e do encantamento. Nessa perspectiva, o historiador médico *Sigerist*[2] esclarece que o encantamento era um poderoso instrumento psicológico:

> Um sistema de medicina que era dominado pela magia e religião, e cujo propósito era reabilitar o indivíduo e reconciliá-lo com o mundo transcendental, evidentemente incluía psicoterapia. A pesquisa da alma do paciente que estava convencido de sofrer porque havia pecado tinha efeito libertador; e os ritos executados e as palavras proferidas pelo sacerdote encantador tinham profundo poder sugestivo.

De acordo com o que foi exposto, esse autor deixa bem evidente que a medicina mesopotâmica era potencialmente psicossomática.

---

1 O mundo espiritual dos babilônicos era povoado por demônios que combatiam espíritos benignos, sendo que a principal divindade dos médicos era o deus curador *Ninurta,* que era o padroeiro da arte de curar e tinha como símbolo a serpente. Então, inicialmente o sacerdote diagnosticava a doença, pois cada enfermidade tinha seu demônio especifico, e depois apelava para o deus particular que se especializava naquela moléstia, visto que todos os médicos tinham seus próprios deuses pessoais; e, neste contexto, destacava-se a deusa Ninkharsag, que aprofundava-se no conhecimento de diferentes doenças. GORDON, B.L. **Medicine throughoult antiquily**. Filadélfia: F.A. Davis Co., 1944. p. 23-24 e 26.

2 SIGERIST, H. **The history of medicine**. Nova York/Londres: Oxford University Press, 1951. v.1., p. 490.

Portanto, embora os babilônicos praticassem principalmente a medicina mágica e religiosa, ainda assim a ciência médica deve muito a eles, pois descreveram detalhadamente várias doenças em suas tábuas cuneiformes, bem como descobriram muitos princípios médicos.

Os *Egípcios*, de modo igual aos babilônios, também davam ênfase à religião e à magia em suas práticas médicas, mas diferiam em alguns aspectos. Em geral, são destacadas duas influências exercidas sobre o povo do Egito: uma veio do Oriente, com predomínio do misticismo e da medicina sacerdotal; e a outra da África, onde o contato com a natureza prevaleceu e o empirismo foi dominante.

Relatos de historiadores da medicina antiga ressaltam que *Imhotep* foi um importante curador egípcio que viveu há aproximadamente 2.850 anos a.C., na época da terceira dinastia, sendo ele médico do rei *Djoserin*; posteriormente, em 525 a.C., quando o Egito se tornou província persa, *Imhotep* foi divinizado como uma entidade da arte médica, substituindo os outros deuses curadores da hierarquia egípcia. Segundo alguns egiptólogos, os dois mais importantes papiros médicos egípcios que existem atualmente são o de *Ebers* e o de *Edward Smith*: o primeiro trata de medicina interna e farmacologia, contendo encantamentos e explicações ocultas para doenças cuja etiologia era desconhecida; enquanto que o segundo descreve ferimentos e tratamento cirúrgico, possuindo pouca coisa em matéria de encantamento religioso ou ritual mágico.[3] Então, quer os médicos egípcios fossem sacerdotes, leigos, mágicos ou uma combinação deles, a medicina egípcia era predominantemente mágica e religiosa; porém os papiros já revelavam anotações de várias enfermidades.

---

3 CASTIGLIONI, A. **A history of medicine**. Nova York: [s.n.], 1947. p.56-57.

A medicina do povo de Israel foi bastante influenciada pela de seus vizinhos babilônicos e egípcios. Contudo, ao contrário destes, *os Hebreus* não tinham inscrições médicas sistemáticas e sim o *Talmude* – codificação do que era originariamente leis orais –, que está repleto de histórias que demonstram sabedoria psicológica.[4] Além do mais, o aspecto fundamental que caracterizava a medicina primitiva hebraica residia na crença em que um único Deus era a origem da saúde e da doença, como bem esclarece os seguintes versos bíblicos[5]: "Pois eu sou Javé, aquele que cura você" e "Eu faço morrer, eu faço viver; sou eu que firo e torno a curar". Logo, a cura da doença era um atributo do Divino e o propósito da doença era punir o homem por seus pecados.

Os mais importantes médicos hebreus eram sacerdotes e tinham como funções supervisionar as regras de higiene social e impor a jurisdição sobre as moléstias ocultas, incluindo entre estas as enfermidades mentais; mas, quando os médicos leigos se firmaram, suas práticas não eram limitadas, pois alcançavam as doenças em geral. Com relação ao conhecimento anatômico, este era mais adiantado entre os hebreus, visto que a *Bíblia* aprovava a dissecação dos animais sacrificados, sendo, por conseguinte, quase todos os órgãos e estruturas anatômicas mencionados nos textos bíblicos. Ademais, no *Talmude,* os poderes sobrenaturais são de menor importância, tornando, então, a medicina hebraica menos mágica que a da Babilônia e Egito antigos.[6]

---

4 GOLD, H.R. **Psychiatry and the Talmud**. Jewish Héritage: [s.n], 1957. v.1, n.1, p.10-11.

5 BIBLIA SAGRADA. **Êxodo** 15, 26; **Deuteronômio** 32, 39. Trad. Ivo Storniolo; Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus, 2000. p.87 e 236.

6 GOLD, 1957, p. 13-14.

Na Pérsia, a medicina iniciou-se por volta dos meados do primeiro milênio antes de Cristo e ascendeu sob o regime de *Dário, o Grande*, quando a influência persa era generalizada em todo o Oriente Médio. A filosofia persa antiga tinha como fonte principal o *Zendavesta*, do qual um de seus volumes, o *Venidad*, tem vários capítulos dedicados à medicina, afirmando que todas as doenças que afligem a humanidade são causadas por demônios. No segundo milênio a.C., os persas defendiam uma religião dualista: *Ahura Mazda (Ormuzd)*, que criou o mundo, sendo o deus da bondade e da luz; enquanto que *Angra Mayniu (Ahriman)* era o espírito do mal e das trevas. Quanto ao reino da medicina, *Ormuzd* o delegou a um poderoso anjo chamado *Thrita*, que se tornou o médico-chefe mitológico persa; do mesmo modo como *Imhotep e Esculápio* eram os santos padroeiros da medicina no Egito e na Grécia, respectivamente.

Já por volta do sexto século antes de Cristo, surgiu o profeta Zoroastro (*Zaratustra),* que muito procurava ajudar o homem em sua luta contra o mal, contribuindo assim com os ensinamentos do *Zendavesta,* através do esclarecimento dos meios pelos quais o homem podia decidir que rumo tomar, ou seja: tinha de alinhar-se com Satã, *Ahriman*; ou com o bem, *Ormuzd*. Outrossim, é pertinente registrar que, embora o *Venidad* mencione três tipos de médicos: cirurgiões, médicos das ervas e mágicos; a ênfase era dada aos processos mágicos e religiosos, depositando-se mais confiança nos curadores espirituais.[7] Em resumo, para a medicina dos persas a boa saúde era obtida por meio da pureza da mente e do corpo, bem como através das boas ações e dos bons pensamentos. Porém, conceitos éticos não podiam vencer epidemias e, neste sentido, a medicina persa não era muito adiantada, tendo em vista que incluía a mesma tendência religiosa que estava presente na

---

7 GORDON, 1944, p. 296-297.

medicina egípcia, como também dava ênfase às teorias demonistas, como na medicina babilônica; mas faltava-lhe a maneira mais racional e empírica de compreender a prática médica que existia naquelas outras duas culturas.

No *Extremo Oriente*, a medicina hindu antiga, como é descrita nos livros sagrados dos *Vedas* - coleção de hinos e orações -, compreende o período médico védico. Essa arte médica era semelhante à persa e à chinesa no fato de ter como base a luta das forças da destruição (*Shiva*) contra as da restauração (*Vishnu*). Assim, como se acreditava que demônios habitavam o corpo, práticas e orações animísticas eram oferecidas pelos sacerdotes védicos aos deuses, especialmente ao maior deles, *Brahma*; contudo, com o passar do tempo, os brâmanes, que foram os sucessores dos védicos, passaram a ter o domínio exclusivo das práticas médicas. Em síntese, no período brâmane, que data de aproximadamente 800 a.C. até 1000 anos depois de Cristo, textos médicos eram escritos sem a preocupação de separar práticas médicas de rituais de encantamento. Por fim, cumpre também fazer o registro da filosofia do príncipe hindu *Gautama Buda* (568 – 488 a.C.), que resultou de sua reação diante da descoberta dos efeitos da idade, doença e morte.[8]

Da Era Clássica ao Período Medieval

Nos poemas hexamétricos de *Homero*, escritos por volta de 1000 anos antes de Cristo, várias divindades são destacadas, sendo que *Esculápio*, que posteriormente se tornou o deus da medicina, é mencionado como mortal; certamente, é provável que *Esculápio*, como *Imhotep* no Egito, tenha sido um ser humano divinizado depois de sua morte.

8 ZILBORG, G.; HENRY, G.W. **A history of medical psychology**. Nova York: W.W. Norton & Co., 1941. p. 30.

O culto de *Esculápio* foi influente na *Medicina Grega* durante séculos, com a construção de centenas de templos esculapianos[9] em diferentes partes do mundo antigo, sendo a maioria deles na Grécia. Nesse contexto, a serpente desempenhava um papel importante no culto de *Esculápio*, haja vista que os gregos acreditavam que esse animal era o símbolo do poder no mundo dos mortos e sentiam grande temor quando uma serpente era apresentada pelo sacerdote *esculapiano* para lamber seus ferimentos; tendo sido esta uma das versões que o bastão de *Esculápio*, uma vara com uma serpente nela enrolada, tornou-se o símbolo da medicina. Mas, embora o culto mágico de *Esculápio* tivesse extensa influência, havia falta de coesão entre seus adeptos; além disso, os sacerdotes não eram tão organizados e poderosos como em outras civilizações antigas, nem a religião dominava a vida diária dos gregos, como fazia no cotidiano dos babilônios ou egípcios.[10]

Assim sendo, os cultos mágicos logo foram abandonados na Grécia, pois os gregos eram marinheiros e seus contatos com as nações vizinhas ofereciam estímulo aos estudos filosóficos. Nas escolas médicas de *Cós, Rodes, Cnidus e Cirene,* a influência oriental era grande, e estes centros de estudo, juntamente com a escola Siciliana, tentavam encontrar explicações racionais e materiais para tudo.

---

9 Nos templos esculapianos, havia um tratamento chamado "sono do templo", ou seja, aparentemente, enquanto dormia no templo, o paciente recebia dos sacerdotes esculapianos inspirações ou instruções de sonho que revelaria a ele aquilo de que precisava para melhorar. Já outros historiadores, diferentemente, sustentavam que os sacerdotes esculapianos narcotizavam os pacientes com derivados de ópio e depois personificavam *Esculápio*, enganando os pacientes para que seguissem seus conselhos. BEZERRA, Armando José China. **Admirável Mundo Médico**: a arte na história da medicina. 3. ed. Brasília: Conselho Regional do Distrito Federal, 2006. p. 104-105.

10 EDELSTEIN, L.E. **Aesculapius**. Baltimore: John Hopkins Press, 1945. v.2. p.23.

Fundamentalmente, toda a ciência ocidental, nela incluída a medicina, iniciou-se com as especulações racionalistas de uma série de filósofos gregos, destacando-se, pela afinidade temática ao campo médico, os seguintes:

Heráclito de Éfeso (536-470 a.C.), que criou um conceito fundamental relacionado com a ritmicidade, ou seja: a vida e a morte; a saúde e a doença; e o sono e a vigília eram ritmos característicos dos organismos vivos. Por analogia, os movimentos do fogo, subindo e baixando, representavam simbolicamente esse tipo de movimento dinâmico e, devido a isto, *Heráclito* considerou o fogo como o elemento fundamental. Como muitos gregos desse período, a *escola Eleática de filósofos*, fundada por *Xenófanes*, considerava que a terra, o ar, a água e o fogo eram, cada um por si só, substâncias básicas, mas considerava sua combinação como fundamental.

Pitágoras, (580-500 antes de Cristo) que acreditava, como a *escola Eleática,* nos quatro elementos básicos, muito influenciou os crescentes conceitos materialísticos na medicina, que foram desenvolvidos por meio de seus discípulos: *Alcmaeon* (por volta de 500 anos a.C.), que dedicou-se exclusivamente à medicina e fundou a *escola Siciliana*; e *Empédocles* (há aproximadamente 490-430 anos antes de Cristo), que utilizou doutrinas fisiológicas dos hipocráticos, sustentando que os elementos básicos (fogo, terra, água e ar) representavam quatro qualidades essenciais (calor, secura, umidade e frio), bem como defendia que os quatro humores do corpo: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis preta; eram encontrados no coração, cérebro, fígado e baço, respectivamente. Portanto, um desequilíbrio desses humores era considerado a causa básica de certas enfermidades, sendo possível curar as doenças utilizando drogas que tivessem características opostas às quatro qualidades fundamentais referidas.[11]

---

11 HEIDEL, W.A. **Hippocratic Medicine**. Nova York: Columbia University

Já *Hipócrates* (460-377 a.C.), utilizou especulações filosóficas voltadas à medicina, combinando-as com suas observações práticas realizadas no leito dos doentes, sendo, por isso, chamado o Pai da Medicina Moderna. Segundo alguns historiadores, *Hipócrates* nasceu na ilha de *Cós* e recebeu suas primeiras instruções médicas por meio de seu pai, *Herocleides*, que era provavelmente discípulo de Esculápio; contudo, continuou seus estudos com os sofistas[12] em A*tenas* e fez diversas viagens à Ásia Menor, mas posteriormente se fixou na *Tessália*, onde passou a maior parte de sua vida. Ressalte-se que os escritos *hipocráticos* — *Corpus Hippocraticum* – consistem em mais de setenta tratados sobre diversos assuntos, sendo esta obra considerada a principal da escola de medicina de *Cós*, que enfatizava o tratamento e o prognóstico, em oposição à escola médica de *Cnidos*, que acentuava o diagnóstico.[13]

Em suma, a medicina e a filosofia na antiga Grécia desde muito estavam intimamente unidas; porém, *Hipócrates* procurou separá-las, pois para ele as especulações filosóficas distanciavam muitos os médicos, desviando as observações destes para com os doentes. Em virtude disso, *Hipócrates* constantemente apelava aos médicos contemporâneos a ele, para que abandonassem as análises subjetivas e dessem prioridade à observação do homem são ou doente; de modo que esta conotação objetiva vem permitindo à medicina hipocrá-

---

Press, 1941. p. 35-36.

12 Reservava-se o termo sofista aos professores que se multiplicaram em Atenas e que ensinavam a retórica, bem como as ciências da época, principalmente a astronomia e a física. Atenas tinha-se tornado, naquele período, o ponto de encontro das teorias contraditórias dos pré-socráticos. E assim, os sofistas acabaram sendo tidos como verdadeiros filósofos, destacando-se entre eles Górgias e Protágoras de Abdera. LEGRAND, Gerard. **Dicionário de filosofia.** Lisboa: edições 70, 1983. p. 354.

13 HEIDEL, 1941, p. 39.

tica conservar-se vivaz através dos tempos.[14] O *racionalismo,* como tendência sistemática, iniciou-se com os filósofos gregos dos séculos VI e VII antes de Cristo, mas só foi aplicado à medicina no século IV a. C., por *Hipócrates*. Mas, essa reação declinou, principalmente depois que a cultura grega atingiu seu apogeu em Atenas e desapareceu durante a Idade Média; sendo que tal orientação reviveu no período da Renascença, iniciando assim nossa atual era científica.

Logo, essa inclinação básica dos gregos, a partir da ênfase ao modelo racionalista, que foi criado e estabelecido na era clássica, possibilitou um maior desenvolvimento das ciências naturais, entre elas a medicina. Além do mais, nessa época a ciência médica era considerada uma arte, *ars cooperativa naturae*, quer dizer, uma arte ministerial e a serviço da natureza.[15] Com efeito, os filósofos gregos mais antigos, especificamente aqueles cuja atitude racionalista foi revivida durante a Renascença, foram os iniciadores de nossa era presente, visto que prepararam o caminho para *Hipócrates* e sua escola, substituindo as explicações mágicas e religiosas por uma concepção racional em relação ao mundo.

---

14 Veja-se como exemplos dessa perspectiva o fato de que, na atualidade, os estudantes de medicina aprendem a pensar em termos de um conjunto de sinais e sintomas que o doente apresenta, denominado síndrome; e não em termos de diagnósticos múltiplos baseados em sintomas isolados. Outrossim, o médico moderno tem constante consciência do prognóstico, elemento este que foi destacado pela primeira vez por Hipócrates. Enfim, a atual terapia médica emprega medidas de apoio introduzidas por médicos hipocráticos como, por exemplo, os exercícios para aquelas pessoas portadoras de enfermidades crônicas e a dieta como essencial à manutenção de boa saúde. GORDON, Richard. **A assustadora história da medicina**. Trad. Aulyde Soares Rodrigues. 4.ed. São Paulo: Ediouro, 2004. p. 17-22.

15 BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Trad. Nelson Souza Canabarro. Bauru, SP: EDUSC, 1997. p. 146.

No apogeu da civilização grega, os cidadãos encontravam segurança no conhecimento e na razão. Por conseguinte, os romanos adotaram a herança intelectual da Grécia, mas confiavam mais em instituições sociais e na organização racional de uma sociedade sustentada por leis, realizações tecnológicas e poderio militar. Entretanto, quando tais estruturas se desintegraram e o império romano declinou, o medo tornou-se a questão social central. Dessa maneira, dentre as causas da queda desse império são destacadas as pressões das tribos bárbaras e a peste, pois entre os séculos I e IV antes de Cristo, algumas epidemias mataram milhares de pessoas; então, neste período o povo procurava uma segurança em explicações sobrenaturais e, nesta perspectiva, o Cristianismo satisfazia muitas das necessidades reivindicadas pela população aflita. Consequentemente, Cristo foi adorado como guarda das almas e curador do corpo, sendo, certamente, por esta razão, que o dogma cristão em medicina predominou bastante, com as imagens de *Esculápio* tendo sido veneradas tanto quanto as de Jesus; ademais, os santos eram reverenciados e, como no passado pagão, invocados para prevenir doenças.[16]

Saliente-se que no século IV, *Constantino*, procurando a ajuda dos cristãos contra seus inimigos, fez do Cristianismo a religião oficial, estabelecendo-se, assim, a lealdade entre o Estado e a Igreja. Já nos séculos XII e XIII, as Cruzadas marchavam para a Terra Santa contra os mouros e traziam de volta novas ideias e produtos do Oriente, tendo sido nessa época que as comunas prosperaram, o comércio se desenvolveu e o poder dos senhores feudais começou a declinar. Portanto, no decorrer desses períodos agitados, a influência unificadora de todos os povos foi a fé cristã, juntamente com seu complemento, a língua latina.[17]

---

16 MACKINNZY, L.C. **Early Medieval Medicine**. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1937. p.47

17 MACKINNZY, 1937, p. 47.

No *Período Medieval,* foram evidenciadas importantes contribuições de escritores médicos, destacando-se, entre outros: *Alexandre de Tralles* (525-605 d.C.), com seus estudos sobre patologia e terapêutica de doenças internas, enfatizando a diferenciação dos vários parasitas encontrados no intestino; e *Paulo de Aegina* (625-690 d.C.), que escreveu sete volumes intitulados *Da Medicina*, tratando notadamente da obstetrícia e cirurgia.

Um relevante capítulo, na história da ciência médica, iniciou-se no século VI, com a ascensão do Império Árabe, mil e duzentos anos após o Império Persa ter contribuído para o nascimento da medicina. Nesse período, surge o profeta *Maomé*, com o desígnio de unir o povo árabe por meio de uma religião que se difundia à medida que as conquistas árabes se expandiam por todo o ocidente; o referido profeta nasceu em *Meca*, no ano 570, e quando morreu, em 632, o mundo árabe já estava abraçando o Islã, religião adotada por ele. Um século mais tarde, seus sucessores conquistaram a Síria, Pérsia, Mesopotâmia, África, Egito, Arábia e Espanha, tendo o Império Árabe se tornado tão grande que foi necessário dividi-lo ao meio para se ter uma administração eficiente; então, Bagdá tornou- se o Califado Oriental e Córdoba o Califado Ocidental. De forma que à medida que dominavam países, os árabes apossavam-se de manuscritos como parte de seu butim e assim se tornaram os principais guardas do conhecimento antigo.[18]

A medicina árabe teve um grande impulso através do trabalho dos *Nestorianos*, seita religiosa que foi dominada por tribos islâmicas nas terras da Mesopotâmia, Síria e Pérsia. Os integrantes dessa seita eram seguidores de *Nestório*, que nasceu na Síria, no século IV, e morreu em 451 depois de Cristo; e, de modo igual a *Maomé*,

---

18 BROWNE, E.G. **Arabian Medicine**. Cambridge: The University Press, 1921. p. 79-80.

tornou-se líder religioso, tendo recebido educação cristã na Síria. Em virtude da sua grande reputação como monge, *Nestório* foi chamado a Constantinopla, onde serviu como patriarca desta cidade, contudo ele discordou de algumas doutrinas católicas, tendo sido deposto e enviado para a Arábia; mas, os seus adeptos continuaram com os trabalhos e pregaram na Ásia, Síria, Armênia e nas distantes terras da Índia e da China. Porém, muitos membros dessa seita, devido as perseguições, abandonaram seus estudos teológicos e começaram a trabalhar na cura de corpos doentes. Por conseguinte, fundaram as escolas médicas em Edessa, na Mesopotâmia, e Gondischapur, na Pérsia; e seus missionários médicos viajaram para Salerno, estabelecendo então contato com a primeira e mais relevante escola médica da Europa.[19] Em resumo, os romanos haviam preservado o pensamento grego em Constantinopla e os médicos nestorianos transportaram os manuscritos gregos para a Síria e a Pérsia, onde os árabes os descobriram.

Entre os médicos árabes mais importantes, são destacados: o Professor *Rhazes* (865-925 d.C.), que era clínico-chefe do Hospital de Bagdá e elaborou uma compilação de todo o conhecimento médico árabe até sua época: o *Líber Continens*; e *Avicena* (980-1037 d.C.), que era médico da corte real e escreveu *O Cânone*, em uma tentativa de sistematizar a filosofia aristotélica, a observação hipocrática e a especulação galênica; este livro tornou-se a bíblia médica na Ásia e posteriormente na Europa, sendo utilizado até o surgimento da experimentação anatômica no século XVI.[20] Logo, o fato de suas ideias terem exercido influência durante tão longo período de tempo é um exemplo de como o autoritarismo médico pôde manter-se durante séculos sem que contra ele fossem suscitadas críticas.

---

19 BROWNE, 1921, p. 83.

20 ROBINSON, V. **The story of Medicine**. Nova York: The New Home Library, 1958. p. 162.

No decorrer do século XII, *Avenzoar* (1113-1162) e seus discípulos *Averróis* (1126-1198) e *Maimônides* (1135-1204) muito influenciaram a medicina árabe com suas especulações filosóficas. Mas, entre eles, havia uma evidente tendência em manterem suas convicções religiosas e, apesar disso, acreditarem em descobertas científicas. Sem dúvida, estes três médicos representaram uma força humanística e filosófica que emanou do Califado Ocidental em Córdoba, exercendo grande impulso sobre o movimento de fundação de hospitais no Império Muçulmano; já existindo no ano de 1160 mais de sessenta centros hospitalares em Bagdá.[21]

Ainda no século XII, quando os *Concílios de Clermont e Latrão* proibiram que os monges deixassem os mosteiros para cuidar de doentes, a medicina leiga começou a evoluir na Universidade de Salerno. Assim sendo e considerando que o porto de Salerno sempre permanecera aberto tanto à influência árabe quanto à europeia, isso garantia uma tradição da medicina hipocrática de observação; estando ausentes a mística e a terapêutica sacerdotal nesta universidade. Nesse sentido, foi *Constantinus Africanus* (1020-1087), judeu que se converteu ao cristianismo e se tornou monge beneditino, o responsável pela tradução das versões árabes dos ensinamentos hipocráticos para o latim, bem como pelo envio destes manuscritos para Salerno. Enfim, a reputação da escola de Salerno atingiu o seu apogeu quando, em 1240, Frederico II decretou que só ela, dentro dos limites do Santo Império Romano, tinha o direito de conferir diploma oficial de médicos.[22]

Durante o século XIII, médicos leigos que mantinham a tradição hipocrática opuseram-se aos escolásticos, que condenavam a experimentação clínica, tendo esse conflito social gerado desfechos funestos, haja vista que *Pietro Albano* (1250-1316), da escola

---

21 ROBINSON , p. 192.

22 BROWNE, 1921, p. 89.

de Pádua, tentou reunir o raciocínio dedutivo aristotélico com os fatos conhecidos da medicina e devido a isso foi condenado à morte pela Inquisição, acusado de subestimar os princípios espirituais. De forma igual, *Arnold de Villanova* (1240-1313), da escola francesa de *Montpellier*, que comungava com a escola de Salerno, também teve o mesmo destino.[23]

Da Renascença aos Tempos Modernos

Ao reconstruírmos o período da Renascença, inicialmente observamos que, no século XIII, uma importante influência cultural sobreveio com a chegada dos escritos clássicos preservados pelos árabes, que os reintroduziram no mundo ocidental. Ao longo do século XIV e nas primeiras décadas do século XV, evidenciaram-se epidemias de peste, luta civil, guerras, práticas clericais corruptas e reverência à autoridade. Contudo, humanistas como *Dante, Boccaccio e Petrarca* organizaram um movimento que se afastava das rígidas doutrinas dos escolásticos medievais, que davam ênfase ao mundo do sobrenatural, em direção ao renascimento do respeito pelos escritos dos romanos e gregos.[24] Desse modo, o estudo dos clássicos da antiguidade no original tornou-se o ideal dos humanistas, mas o espírito destes não libertou os homens do jugo da autoridade da antiguidade. Com efeito, a *Renascença científica* só pôde avançar depois que o homem começou novamente a confiar mais em suas próprias experiências que nas leituras de textos antigos.

Em 1453, quando os turcos conquistaram Constantinopla, uma colônia de sábios gregos fugiu para o Ocidente, onde traduziu os escritos originais dos antigos; e em virtude da imprensa ter entrado

---

23 Cf. ROBINSON, 1958, p. 202.

24 RUSSELL, B. **A History of Western Philosophy**. Nova York: Simon and Schuster, 1945. p. 494-495.

em atividade em meados do século XV, foi possível levar tais traduções a um crescente número de leitores. Além disso, o emprego da pólvora e a descoberta de novos continentes com outras rotas comerciais muito contribuíram para a consagração da Renascença nos séculos XVI e XVII. Assim, uma nova classe média estava ascendendo e o velho mundo feudal desmoronava-se.

Mais especificamente no século XVI, *Machiavelli* descreveu o mundo da política, tal como *Copérnico* apresentou a realidade geofísica, substituindo a ilusão geocêntrica pela perspectiva heliocêntrica. Nesse período, a autoridade e a tradição cederam à mentalidade inquisitiva, com as instituições e conceitos medievais sendo colocados em dúvida. Então, reformadores como *Calvino, Knox, Lutero* etc., desafiavam a autoridade da igreja católica; astrônomos atacavam as concepções celestiais dos antigos; anatomistas investiam contra a conotação corporal de *Galeno,* de inspiração cristã; e, enfim, os pintores da Renascença descobriram o *corpo humano*.

De fato, o homem como indivíduo concreto havia sido descoberto e tornava-se objeto do artista, do anatomista e do filósofo, tendo em vista que os artistas mostraram como o homem parecia por fora, os anatomistas revelaram sua estrutura interna e os filósofos fizeram a descrição de suas sensações e sentimentos. Portanto, à medida que o homem começou a confiar mais em seus próprios sentidos e experiências sem basear-se na palavra escrita da autoridade, a ciência pôde entrar na Renascença. Em síntese, a opinião medieval de que o corpo nu é pecaminoso foi superada pelos artistas da Renascença, com suas ousadas pinturas e esquematizações da forma humana despida em toda sua realidade nua e voluptuosa. Realmente, as representações dinâmicas do corpo humano nas obras de importantes artistas italianos do fim do século XV e início do século XVI, como

Leonardo da Vinci, Botticelli, Rafael, Michelângelo, Ticiano, entre outros, contrastam com os corpos rígidos e empertigados pintados durante a Idade Média.

Certamente, um dos mais expressivos representantes da combinação de talentos artístico e cientifico da Renascença foi *Leonardo da Vinci* (1452-1519), que compreendeu que o artista precisava ter conhecimento da estrutura anatômica por meio do estudo de corpos vivos e mortos; por conseguinte, ele desenhava o que via, sendo seus trabalhos tão importantes que os médicos fizeram uso deles durante muitos séculos depois de sua morte. Assim, esse pintor foi além dos humanistas, pois rompeu completamente com a autoridade dos antigos; mas seus estudos anatômicos foram relativamente desconhecidos de seus contemporâneos. Logo, a ideia de desenhar corpos dissecados foi atribuída ao médico *Berengarius* (1470-1530), *de Capri,* que acreditava na vantagem de fazer observações em primeira mão, todavia este médico não se libertou totalmente do ponto de vista humanista de que as descobertas essenciais haviam sido feitas pelos sábios da antiguidade.[25]

De modo geral, um forte clamor daqueles que defendiam a autoridade dos antigos foi erguido contra muitos anatomistas, sobressaindo-se entre estes *Andreas Vesálius* (1514-1564), que muito contribuiu com a medicina moderna. Este médico iniciou seus estudos na Universidade de *Paris*, porém, não mais tolerando que lhe ensinassem a anatomia galênica, decidiu transferir-se para a Universidade de Pádua, que tinha uma forte reputação de liberdade intelectual. Esta instituição de ensino conferiu-lhe um diploma de Doutor em Medicina em 1537 e no ano seguinte nomeou-lhe professor de anatomia. Registre-se que *Vesálius* escreveu *De Humani Corporis Fabrica*, que trata dos aspectos da anatomia humana, possuindo mais de trezentas ilustrações, sendo esta obra uma das

25 ROBINSON, 1958, p. 248-249.

grandes contribuições à ciência ocidental. Tal livro revolucionou o estudo da anatomia e liquidou de uma vez por todas com os escritos de *Galeno* que, como *Vesálius*, conseguiu provar, mas suas descrições das dissecações eram baseadas em animais, e não em corpos humanos. De forma que, *De H. C. Fabrica* e o *Tratado de Copérnico*, que revolucionou os conceitos prevalentes sobre o sistema solar, ambos publicados em 1543, provavelmente representam o início da ciência moderna.[26]

Em conformidade com essa concepção, a confiança na observação mais que na teoria refletiu-se também no fato de terem os médicos do século XVI começado a olhar seus pacientes de perto e a registrar o que viam. Então, *Giovanni Montanus* (1498-1552), na Itália; *Johann Lange* (1485-1565), na Alemanha; e *Jean Fernel* (1497-1558), na França, foram relevantes em suas observações clínicas. Nesse contexto, o primeiro defensor do método experimental na medicina foi *Ambroise Paré* (1510-1590), que começou como simples cirurgião barbeiro no exército de *Francisco I*. Neste período, os soldados franceses que sofriam ferimentos de pólvora recebiam tratamento conforme o antigo costume, com óleo fervente; porém, *Paré* observou que essas lesões geralmente contraiam infecções, mas quando, por falta de óleo, só eram aplicadas ataduras nas feridas de alguns soldados, estes saravam rapidamente e sem quadro infeccioso. E foi assim que *Paré* sustentou a tese de que os ferimentos deveriam ser tratados simplesmente de maneira que o processo natural de cura pudesse ocorrer sem interferências, introduzindo então o princípio de “experiências controladas” na ciência médica.[27]

Logo, a procura de mais conhecimentos e informações aliada à liberdade intelectual manteve o método experimental vivo nas universidades italianas, principalmente nas de Pádua e Veneza.

---

26 GORDON, 2004, p. 26-27; Cf. BEZERRA, 2006, p. 96-99.

27 Cf. GORDON, 2004, p. 97 e 200.

Em suma, o século XVI proporcionou grandes expectativas de progresso, no âmbito das ciências biológicas, visto que a instrumentalização e mecanização facilitavam a ampliação desse método de pesquisa.

Ainda na Renascença, *Girolamo Cardano* se destacou como clínico geral na aldeia de *Sacco* e escreveu vários livros populares, sobressaindo-se entre estes o "*Sobre as Más Práticas de Medicina do Uso Comum*", que elogiava a Sociedade Médica de Milão. *Cardano apud Ore*[28] realizou também, a partir de sua autobiografia, um estudo bastante significativo do espírito da Renascença, o *De Própria Vita* (1575), que revelava as incoerências da época em que vivia, assinalando esse autor que:

> A natureza fez-me capaz de todo trabalho manual. Deu-me o espírito de um filósofo e aptidão nas ciências, gosto e boas maneiras, voluptuosidade, alegria, tornou-me piedoso, fiel, amante da sabedoria, meditativo, inventivo, corajoso, determinado a aprender e ensinar, ansioso por igualar os melhores, por descobrir coisas novas e fazer progresso independente de caráter modesto, um estudioso da medicina, interessado em curiosidades e descobertas, misterioso, industrioso, diligente, engenhoso, vivendo apenas de um dia para outro, impertinente, desdenhoso da religião, resmungão, invejoso, triste, traiçoeiro, mágico e feiticeiro, miserável, odioso, lascivo, solitário, desagradável, rude, adivinhador, obsceno, mentiroso, obsequioso, atento ouvinte da tagarelice dos velhos,

28 ORE, O. **Cardano**: the gambling scholar. Nova Jersey: Princeton University Press, 1953. p.25.

> mutável, irresoluto, indecente, apaixonado pelas mulheres, briguento e, devido aos conflitos entre minha natureza e minha alma, não sou compreendido nem mesmo por aqueles aos quais me associo mais frequentemente. (VITA, 1575).

Ao século XVII, deve-se atribuir o mérito de haver lançado as primeiras bases do mundo moderno, pois para alguns historiadores, com quem concordamos plenamente, as realizações intelectuais desta época, nos campos da literatura, artes plásticas e filosofia são bastante significativas, mas foi a ciência que se tornou o foco do esforço humano nessa era. De maneira que convém apresentarmos uma breve lista dos responsáveis pelos principais avanços cientificos nesse período: *Galileu e Kepler*, na astronomia; *Boyle, Robert Hooke* e *Newton*, na física; *Descartes, Newton e Pascal*, na matemática; *Thomas Sydehan* e *William Harvey*, na medicina; entre outros.

Nessa perspectiva, é pertinente salientarmos que na base do desenvolvimento do século anteriormente citado, havia dois métodos intelectuais de conhecimento científico: o primeiro deles dava ênfase ao raciocínio dedutivo (analítico e matemático); e o segundo, ao raciocínio indutivo (empírico). A primeira metodologia era utilizada por *Descartes, Hobbes e Spinoza*; já a segunda era usada por *Francis Bacon* e *John Locke*. Essas duas escolas de pensamento partilhavam de uma importante característica, que era a dúvida no conhecimento existente e a crença em que o mundo era governado por uma ordem racional suscetível de descoberta, seja pelo método dedutivo ou por meio da observação. Tais tendências encontraram integração no trabalho de *Galileu Galilei* (1564-1642), com quem a ciência no sentido moderno começa como um novo fenômeno na história humana, tendo em vista que ele combinou o método experimental com presunções hipotéticas, e em virtude

disso, a experiência servia para verificar a validade da hipótese. Portanto, apesar da autoridade dos racionalistas, a influência dos defensores da observação empírica foi gradualmente prevalecendo; consequentemente, durante muito tempo, o empirismo contribuiu com o progresso das ciências naturais experimentais bem mais que a inclinação racionalista que, apesar disto, ganhou um certo impulso no século XVIII, particularmente na França. Mas, a corrente racionalista só atingiu plena concretização nos últimos anos do século XIX.

Após essas considerações, compreendemos que o contínuo desenvolvimento das concepções científicas não pode ser nitidamente dividido em séculos, pois a herança empírica e racional do século XVII continuou progredindo durante todo o século XVIII, traduzindo-se como um forte impulso para o surgimento do período de tempo que se vem rotulando como a época do "*Iluminismo*" ou Século Iluminado. Por outro lado, foi também uma era cheia de contradições porque, embora se utilizasse o conceito da bondade do homem, ideias destruidoras encontravam causa em violentas revoluções. Assim, a característica relevante desse período é que a crença na razão substituiu a tradição e a fé no âmbito da sociedade; e, devido a isso, a experimentação ocupou definitivamente o lugar das abstrações dedutivas nas investigações científicas e médicas.

Ressalte-se que, nos séculos XVII e XVIII, foram introduzidos importantes instrumentos de diagnóstico no campo da medicina: *Stephen Hales* (1677-1761), teólogo inglês, desenvolveu um método para verificar a pressão do sangue e investigou a dinâmica da circulação sanguínea; *René Laennec* (1781-1826), médico francês, inventou o estetoscópio; *René de Réaumur* (1683-1757), naturalista, também da França, estudou os princípios do processo digestivo; entre outros. Realmente, a riqueza dos dados médicos e científicos estabelecidos, nessa época, foi tão grande que se tornaram

necessárias sínteses e sistematizações, haja vista que a ciência precisava organizar os fatos verificados, tendo sido criado um sistema de ordem com suas generalizações.

Com efeito, no século XVIII, *Carolus Linnaeus* (1707-1778), médico e botânico sueco, aplicou os princípios de organização à matéria viva em seu *Systema naturae* (1735), classificando todos os espécimes botânicos em gêneros e espécies, incluindo o mundo animal, onde colocou o homem na ordem dos Primatas e lhe deu o nome de *Homo sapiens*; já na Alemanha, a embriologia foi modernizada com o trabalho do microscopista *Kaspar Friedrich Wolff* (1733-1794); e na Suíça, *Albrecht von Haller* (1708-1777) realizou pesquisas no campo da fisiologia, compilando, com seu *Elementa physiologiae corporis humani*, todo o conhecimento fisiológico existente naquele período histórico.[29] De modo que as doenças passaram a ser diagnosticadas com mais exatidão e localizadas com mais precisão; sendo, neste sentido, o conceito de *localização*, proposto por *Giovanni Battista Morgagni* (1682-1771), essencial nas descobertas anatômicas.

Já no século XIX, *Virchow* defendeu que, sob o microscópio, as células de um corpo doente revelavam diferenças concretas em relação às células encontradas em órgãos sadios, tendo sido tal noção relevante na transformação do pensamento médico deste século; logo, *Virchow* expandiu seus conceitos de patologia celular com a publicação, em 1858, do *Die Cellular-pathologie in ihrer Bagründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*[30], livro que assinala o início da era moderna na medicina. No ano seguinte, *Charles Darwin* publicou sua obra, *The origin of species by means of natural selection*, introduzindo na biologia as regras de mudança e

---

29 RUSSELL, 1945, p.587-588.

30 Patologia celular baseada em histologia fisiológica e patológica (a tradução é nossa).

probabilidade que se haviam mostrado tão úteis nas ciências físicas. Assim, a teoria de *Jean Lamarck*, segundo a qual as qualidades adquiridas pelos animais, durante sua luta pela sobrevivência, eram transmitidas às novas gerações por meio da hereditariedade, foi então substituída por uma concepção teórica que podia ser verificada em experimentos de criação, visto que *Darwin* propôs que as diferenças ocasionais entre indivíduos pertencentes à mesma espécie tornam alguns deles superiores em sua luta pela existência e, em consequência de sua sobrevivência, disseminam-se características que resultam em adaptação.[31]

De acordo com o que foi apresentado, percebemos que, embora a era moderna da medicina tenha se intensificado em 1858 e 1859, com os trabalhos de *Virchow e Darwin,* a ciência médica já vinha utilizando os princípios da física e da química há duas décadas, tendo em vista que *Julius Robert Mayer* (1814-1878) propusera, em 1842, a lei da conservação de energia em organismos animais, que cinco anos depois seria ampliada, por *Helmholtz,* a toda matéria; além do mais, a química fisiológica teve início no começo da década de 1840, com o trabalho de *Justus Von Liebig* (1803-1873), que juntamente com outros químicos conseguiram isolar os componentes da molécula de proteína. De modo igual, *Albert Kölliker* (1817-1905), deu um grande impulso à embriologia, com seus estudos sobre o amadurecimento celular; já *Karl von Baer* (1792-1876), descreveu a estrutura do óvulo e o desenvolvimento da medula espinhal. Com relação ao aspecto contagioso das doenças infecciosas, o italiano *Agostino Bassi* realizou relevantes pesquisas; na década de 1850, *Louis Pasteur* (1822-1895) deu início às investigações bacteriológicas que levaram à teoria de germes na doença;

---

31 MARTINS, André. Novos paradigmas e saúde. In: Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 90, 1999.

já no decênio seguinte, o cirurgião inglês *Joseph Lister* (1827-1912) introduziu a prática da antissepsia; entre outros avanços.[32]

Em síntese, a medicina clínica realizou notáveis progressos na primeira metade do século XIX, haja vista que síndromes e agentes etiológicos de várias moléstias foram cuidadosamente descritos, como, por exemplo, uma forma de patologia renal que foi relatada por *Thomas Addison* (1793-1860); um tipo de paralisia convulsiva que *James Parkinson* (1755-1824) analisou; etc. Nas últimas décadas do século XIX, a ciência médica dedicou-se muito ao estudo da anatomopatologia e às investigações bioquímicas, destacando-se o médico alemão *Wilhelm Griesinger* (1817-1868), que prestou valiosas contribuições através de pesquisas com doenças infecciosas, anatomia patológica e enfermidades mentais.[33] Ademais, as viagens e as técnicas de comunicações haviam melhorado de tal modo que os cientistas de inúmeros países podiam manter contato entre si com frequência e, em virtude disto, editavam-se publicações descrevendo as experiências de várias especialidades médicas. Portanto, no final do século XIX, tornou-se evidente que o futuro político e econômico de uma nação dependia de seu progresso na ciência e, devido a isso, as investigações cientificas eram incentivadas e subvencionadas pelos países mais poderosos.

Para *Michel Foucault*[34], a medicina moderna, científica, que nasceu nos fins do século XVIII entre *Morgagni e Bichat*, com o aparecimento da anatomia patológica do encéfalo, é uma prática social que investe politicamente no corpo como força de trabalho. Mas, em conformidade com esse autor, a evolução da medicina no ocidente tem a particular característica de inicialmente não

---

32 ZILBOORG; HENRY, 1941. p. 436.

33 ZILBOORG; HENRY, 1941, p. 437.

34 FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. e Org. Roberto Machado. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.79 et seq.

ter se preocupado com o corpo que trabalha, pois não foi o proletariado o objeto de preocupação inicial da medicina; de fato, foi somente na segunda metade do século XIX que se considerou o problema do corpo, da saúde ao nível da força produtiva da pessoa que trabalha.

Nesse contexto, *Foucault,* ao fazer a reconstituição do desenvolvimento da medicina social, apresenta três etapas: *medicina do Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho.* A primeira fase, que se desenvolveu principalmente na Alemanha no início do século XVIII, apresentava como suporte a estrutura estatal do programa de polícia médica, que consistia em um complexo sistema de observação da morbidade, bem como num importante fenômeno de normalização da prática e saber médicos; já o segundo momento é representado pelo exemplo da França, onde, em fins do século XVIII, aparece uma medicina que tinha como fundamento o fenômeno da urbanização, com seus aspectos político e econômico, surgindo, por conseguinte, o "medo urbano" e o "plano de urgência", inerentes a uma medicina urbana [35] ; e a terceira etapa pode ser analisada por meio do exemplo inglês no século XIX, quando a força de trabalho, o operário, enfim, quando os pobres aparecem como perigo, sendo, desse modo, a fase da "medicina dos pobres". Então, inicialmente o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos de preocupação médica.

Assim, com base nas palavras de *Foucault,* podemos afirmar que, diversamente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha, ambas do século XVIII, surge no século XIX, especialmente na Inglaterra, uma medicina exteriorizada por um controle da saúde das classes mais pobres, tornando-as mais adequadas para o trabalho e oferecendo menos perigo às classes mais ricas.

---

35 Sobre medicina urbana, ver a nota 11 do quarto Capítulo deste trabalho.

Na medicina moderna, a clínica como uma disposição de conjunto aparece para aprimorar a experiência dos médicos através de uma nova distribuição dos elementos do corpo e de uma reordenação das partes que constituem o fenômeno patológico, sempre buscando fazer a articulação entre a doença e o organismo. Então, o surgimento da clinica como um fato histórico é identificado com essas reorganizações, pois havia a necessidade de um ensino prático por meio de visitas aos hospitais pelos estudantes de medicina, juntamente com seus professores; além disso, a constante observação e atenção para com o doente possibilitou a medicina conservar sua continuidade histórica. Portanto, a partir dessas narrativas, que foram reunidas no final do século XVIII e no começo do século XIX, houve a concepção da clínica como a instituição responsável pela origem da história da medicina. Logo, do ponto de vista da prática médica, a clínica diz respeito às instruções dadas pelo professor aos seus alunos, não sendo uma experiência em si mesma, mas sim o resultado de uma vivência anterior, para ser utilizada em outras pessoas. Nessa ótica, *Foucault* [36] esclarece que:

> A clínica [...] é uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que ela se desvele sistematicamente. A clínica é uma espécie de teatro nosológico de que o aluno desconhece, de início, o desfecho. [...] a arte de demonstrar, mostrando. Foi assim que Desault compreendeu as lições de clínica cirúrgica que ministrava a partir de 1781 no Hôtel-Dieu: 'Sob os olhares de seus auditores, ele fazia trazer os doentes mais gravemente afetados, classificava sua doença, analisava suas características, traçava a

36 FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 b. p. 64-66.

> conduta a seguir, praticava as operações necessárias, explicava seus procedimentos e seus motivos, informava diariamente as mudanças ocorridas e apresentava, em seguida, o estado das partes depois da cura [...] ou demonstrava, sobre o corpo privado de vida, as alterações que tornaram a arte inútil'.

Em outras palavras, a medicina clínica, tecnicamente, era iniciada com uma reunião dos dados pessoais do paciente, incluindo a qualificação, profissão, enfermidades anteriores, medicamentos utilizados, queixa principal com relação à doença atual etc.; em seguida, era realizado um exame físico geral, considerando as funções fisiológicas de forma generalizada; continuando, a partir de hipóteses e com a finalidade de se chegar a uma conclusão definitiva, isso através de exames físicos específicos; por último, na ocasião em que era diagnosticada a doença, eram apresentadas as propostas terapêuticas com o respectivo prognóstico.

Ademais, a ênfase que é dada à medicina, no século XIX, ocorre concomitante a organização de uma política de saúde e da construção de uma concepção da doença como um problema político e econômico, que se colocava às coletividades que, por sua vez, deveriam tentar resolver com suas decisões em conjunto, sempre procurando elevar o nível de saúde em geral. Mas, foi principalmente no plano estatal, por meio da forma ampla de "polícia médica", com suas atribuições e serviços, que foram evidenciadas as iniciativas de estruturação e controle das políticas no campo da saúde; de igual modo, observaram-se outras iniciativas políticas voltadas para os problemas médicos através de grupos religiosos, de associações de socorro e beneficência, de sociedades cientificas, entre outras organizações.

Registre-se, também, que a higiene foi priorizada no funcionamento da medicina como instrumento de controle social, pois as necessidades higiênicas exigiam uma intervenção médica autoritária sobre tudo o que estaria diretamente relacionado com as doenças, como, por exemplo, as prisões, os navios, as instalações portuárias, os hospitais, entre outros espaços. De maneira que no âmbito urbano foram isoladas determinadas regiões de urgência, onde seriam intensificadas as práticas de um poder médico; além do mais, os médicos deveriam ensinar à população as regras fundamentais de higiene (na alimentação; na habitação; no estímulo a se fazer tratar em caso de doença etc.), objetivando a saúde de toda a coletividade. Com efeito, torna-se evidente a existência histórica de um poder médico, como oportunamente explana *Foucault* [37]:

> A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida aos grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas, tanto gerais quanto administrativas, que lhe foram fixadas pelo poder. Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à 'economia social' e à sociologia do século XIX.

---

37 FOUCAULT, 1984, p.207.

Portanto, a preocupação da ciência médica, não só para com a saúde, mas com a própria vida e com o corpo, ocorre *pari passu* à consolidação da instituição médica, envolvendo a profissionalização da atividade médica e um conjunto de conhecimentos e práticas que, no dizer de *Boltanski*[38], constituem a legalidade médica. Assim, a história da instituição médica revela o esforço em reafirmar a autoridade do médico, conferindo-lhe o monopólio dos atos terapêuticos e a desapropriação do saber popular em saúde. Em outros termos, a medicina, sob as influências da ciência, da técnica, da industrialização e da urbanização, transforma-se em uma instituição normativa dotada da racionalidade e da burocracia típicas da sociedade capitalista moderna.

Na explicação do desenvolvimento da ciência médica moderna, é também pertinente destacar os estudos sobre medicina experimental propostos por *Claude Bernard*[39], onde afirma que "para encontrar a verdade, basta que o cientista se ponha frente à natureza e a interrogue seguindo o método experimental com a ajuda de meios de investigação cada vez mais perfeitos". Certamente, foi, sobretudo, a partir de *Bernard* que a Biologia [40] se referencia sobre

---

38 BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Trad. Regina A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 24 et seq.

39 BERNARD, Claude. **Introduction à l'étude de la médicine expérimentale**. Paris: Garnier-Flammarion, 1966. p. 303.

40 A ciência biológica surgiu com o nascimento da ciência clássica, mas especificamente com o mecanismo de *Descartes*, segundo o qual o corpo é uma máquina, que vive e funciona como tal; logo, sem princípio vital algum. Portanto, os organismos vivos seriam complexas peças de maquinaria. E a separação radical entre *res cogitans* e *res extensa*, tomando esta como absolutamente inanimada e no entanto movente, é o que possibilitou a imposição da mecânica como modelo científico de explicação e investigação não somente em seres inanimados, como também do corpo dos seres vivos, dando assim origem a Biologia. BROUSSAIS, F.J.V. **Exames des doctines médicales.** Paris: [s.n.] 1958. p.148.

a vida, que passa a ser um objeto da ciência biológica, devido ao fato de que ao reduzir-se a vida à categoria de objeto científico, foi perdido seu caráter particular, real. Nesse mesmo sentido, salienta *François Jacob*[41] que a ciência biológica não expressa mais a vida, mas apenas estabelece uma lógica do ser vivo, pois "hoje nos laboratórios não se interroga mais a vida [...]. Esforça-se somente em analisar os sistemas vivos, sua estrutura, sua função, sua história [...]. É pelos algoritmos do ser vivo que se interessa hoje a biologia".

Geralmente, os cientistas têm consciência que trabalham com reduções, com objetos laboratoriais simplificados e não com objetos reais complexos. Mas, de modo paradoxal, com frequência, eles acreditam que a simplificação laboratorial desvela a essência do objeto complexo real. Contudo, a crença ainda hoje predominante é a de que a redução mecânica é mais verdadeira do que a complexidade real; sendo que é isso o que prevalece também para as pessoas de um modo geral, haja vista que os próprios cientistas cultivam esse mito da cientificidade, ou seja, o que é científico vale mais, é mais verdadeiro, pois foi " provado " laboratorialmente, cientificamente.[42] Então, para a biologia e a correlata medicina contemporânea, que se pretende "científica", os corpos objetivados dizem respeito aos organismos reais que adentram às portas dos serviços médicos apresentando suas queixas, sofrimentos, sentimentos, afecções, afetos, expectativas, alegrias e tristezas etc. Por conseguinte, o reducionismo não é mais o instrumento adequado para analisar a vida em toda sua concretude, bem como a ciência não deve cuidar apenas do que é redutível e objetivista.

Por fim, convém também mister destacar o comentário de *Roberto Machado*, quando afirma que a arqueologia de *Michel*

---

41 JACOB, F.**La logique do vivant**. Paris: Gallimard, 1970. p.320.

42 MARTINS, 1999, p.91.

Foucault "pretende ser uma crítica à própria noção de racionalidade", desprezando, consequentemente, as ideias de cientificidade e neutralidade e o próprio conceito de "ciência", substituindo-o pelo de "saber". Outrossim, *Foucault* apresenta a concepção da medicina como ciência do "homem" e não da "vida", o que por sua vez aponta a medicina como uma ciência social, política e histórica, e não apenas biológica. Em resumo, este autor ressalta que por detrás do desejo de cientificidade e neutralidade da biologia e da medicina, existe uma ideologia e um poder; e, enfim, considera a medicina não apenas a partir do conhecimento do organismo, fundado sobre a biologia, como sintetiza *Joel Birman* [43]: "[...] a ênfase é dada no indivíduo e não no organismo, de maneira que é importante destacar as múltiplas relações das individualidades no espaço social".

Finalizando, *Foucault* ressalta o fato de que quando se fala em vida, o que deve ser posto em evidência são os corpos reais e concretos, portanto considerados não somente enquanto organismos, mas enquanto indivíduos relacionais, simbólicos, sociais e políticos.

A Medicina Moderna

Os Modelos Médicos e os Sistemas de Cura na Modernidade

Na época atual, vem sendo observada uma crise no modelo médico dominante, que tem por base um sistema de cura geral e permanente, sintetizado pela Modernidade por meio dos avanços da tecnologia e da ciência.

---

43 BIRMAN, 1991.

Mas, essa aparente uniformidade conceitual e histórica da medicina oficial omite o fato dela ser possuidora de uma significativa variedade, tendo em vista que vem passando por diversas modificações ao longo dos séculos. Além disso, com a forte tendência de generalização da lógica utilitarista e mercantil no âmbito da instituição médica contemporânea, tem sido verificado o surgimento ou revigoramento de outras medicinas que estão penetrando no setor de saúde moderna; sendo que tais práticas desafiam a tradicional medicina cartesiana através das terapias alternativas, medicina psicossomática, entre outras propostas terapêuticas.

De forma que são evidenciadas várias medicinas acompanhando os traços culturais e históricos de cada sociedade, sendo, por conseguinte, considerados os significados particulares das relações do homem com o ciclo da vida, incluindo a morte. Nessa ótica, a ciência médica surge como um complexo conjunto de crenças e rituais construídos por cada coletividade, na busca de solucionar a questão fundamental inerente à existência humana, ou seja, a vida e a morte. Logo, aparecem inúmeras discussões com relação aos vários sentidos das práticas médicas, envolvendo tanto o modelo tecnicista de saúde quanto a relatividade histórica da medicina, que modifica sua concepção cultural na proporção em que a sociedade onde ela existe, de modo igual, muda seus referenciais históricos, como já lembramos anteriormente.

Em suma, na Modernidade surgiram novas configurações da medicina, envolvendo diferentes propostas de cura, destacando-se a clínica médica, de base fundamentalmente científica, que com seu aparato conceitual e biotecnológico consegue fazer prevalecer como oficial a modelo alopático. Assim sendo, a medicina moderna é uma instituição de grande amplitude, revelando toda uma compreensão pluridisciplinar nas áreas de saúde, sanitarismo, meio ambiente e habitação.

Nesse sentido, o professor *Paulo Henrique Martins*[44] apresenta uma relevante construção teórica sobre o "imaginário médico-social moderno", onde considera uma série de elementos que participam da organização da prática médica, salientando a religião, o mercado, a ciência, o Estado, entre outros. Em seguida, esse autor ressalta que as esferas da saúde e da medicina integram um detalhado sistema e que os modos como essas instituições irão se articular em cada sociedade dependerão da equalização das várias ambivalências históricas entre a Modernidade e a tradição; ou, em um outro plano, entre a sociedade e o indivíduo; e, por fim, ele observa que em torno da expressão medicina são discutidas várias noções, que muitas vezes diferem bastante, deixando, consequentemente, complexa a compreensão dessa instituição.

Então, para que se tenha uma boa compreensão quanto aos campos médicos da gestão da saúde e das técnicas de cura, torna-se pertinente um entendimento preliminar com relação às diferenças entre duas séries de representações sobre a medicina, como enfatiza o autor anteriormente citado:

> [...] uma delas é a representação da medicina como um conjunto de crenças, normas, regras e valores estabelecidos socialmente; a outra é a da medicina como um conjunto de ações ambivalentes, livres e obrigadas, interessadas e desinteressadas, que estão sendo recriadas a cada momento seguindo diferentes especificidades sociológicas. (MARTINS, 2003).

---

44 MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 85 et seq.

Em consonância com *Martins*, ao fazermos alguma abordagem relacionada com a ciência médica, consideramos vários aspectos ao mesmo tempo: por um lado, a medicina envia-nos tanto para os modelos de políticas de saúde como para as técnicas de cura; e, por outro, remete-nos tanto a uma medicina oficial, de reconhecimento público e fundamentada legalmente, como para uma outra medicina, de caráter informal, que observamos no nosso cotidiano. Portanto, é de fundamental importância analisarmos dois conceitos na organização do paradigma médico dominante: *o modelo de gestão da saúde*, que é relevante para a organização da legislação médica e do ensino profissional, como também é necessário para a sistematização das pesquisas científicas e estruturação das políticas públicas voltadas para a saúde; e o *sistema médico de cura*, que envolve a alopatia, a homeopatia e outras alternativas terapêuticas que se desenvolvem fora do campo da medicina oficial.

Na Modernidade médica, os *Modelos de Gestão da Saúde* são agrupados em quatro variedades: o da *sociedade medicalizada* (Europa); o do *capitalismo médico* (Estados Unidos da América); o *misto* (típico dos países que adotam fórmulas intermediárias, como acontece com o Brasil); e o de *medicina coletivizada* (Cuba, países do Leste Europeu e China). Mas, com a atual crise da medicina, surgem dois novos modelos: o *tecnoutilitarista,* advindo da apropriação da tecnologia de órgãos pelo capitalismo médico e pelos avanços da medicina privada sobre a medicina pública; e o *humanista*, inspirado a partir de avanços de uma medicina social, presente tanto no modelo da sociedade medicalizada quanto no da medicina coletivizada.[45]

45 MARTINS, 2003, p. 89-90.

Já com relação aos *Sistemas Médicos de Cura,* são descritos os seguintes: *bioorgânicos,* em suas modalidades alopático e homeopático; *biopsíquicos*[46], que inicialmente foram representados por meio da hipnose e da psiquiatria, e posteriormente através da psicanálise; *populares*, que são aqueles manifestados pelos processos de cura no âmbito doméstico, destacando-se os chás e remédios caseiros; *xamânicos*[47], onde é observada a presença de culturas herdadas de determinadas sociedades, como, por exemplo, as tradições africanas e indígenas; e os *bioenergéticos*, que são divididos entre os que têm origem ocidental, com destaque para as terapias reichianas[48],

---

46 Encontramos esse tipo de abordagem na teoria psicanalítica proposta por *Wilhelm Reich*, onde este autor realiza algumas interpretações idealistas, bem como analisa a posição sociológica da psicanálise. REICH, Wilhelm. **Materialismo Dialético e Psicanálise**. Trad. Joaquim José Moura Ramos. 4.ed. Lisboa: Presença, 1983.

47 Estes sistemas religiosos encontram inspiração no sincretismo generalizado verificado em diferentes tradições religiosas e místicas. Nessas perspectivas são destacadas as pesquisas de Carlos Castaneda, do Curso de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade da Califórnia, que reuniram informações sobre o peiote (planta alucinógena) e ervas medicinais utilizadas pelos índios da região de Sonora, no México. De modo que tais estudos resultaram na seguinte trilogia: "A erva do diabo", "Uma estranha realidade" e "Viagem a Ixtlan"; trabalhos estes que o autor apresenta a partir da sua aprendizagem com Don Juan, um índio yaqui de Sonora que com uma sensibilidade de pensamento fez com que Castaneda penetrasse num mundo de sensações e percepções místicas, possibilitando-lhe ver mais além da superfície das coisas, essencialmente por meio de um esforço de vontade extremamente difícil e, parcialmente, com o auxilio de plantas alucinógenas e ervas medicinais. Cf. CASTANEDA, Carlos. **A erva do diabo**. 2.ed. Trad. Luzia Machado da Costa. Ed. Rio de Janeiro: Record, 1971; **___Uma estranha realidade**.Trad. Luzia Machado da Costa. 2. ed. Rio de Janeiro; Record, 1971; **___Viagem a Ixtlan**. Trad. Luzia Machado da Costa. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1972.

48 Sobre as *terapias reichianas*, é de fundamental importância os trabalhos sobre terapia corporal, também conhecida como bioenergética, desenvolvidos por *Alexander Lowen e David Boadella*, ambos discípulos de *Wilhelm Reich*.

e aqueles outros subsistemas[49] advindos do Oriente, notadamente da China e da Índia.

Como podemos ver, a especificidade dos aspectos históricos, culturais e sociológicos de uma dada sociedade influenciam no

---

Boadella foi o fundador da *Revista Energy and Character*, em 1970, bem como se dedicou ao estudo da saúde emocional como um processo energético e biológico, elaborando um importante trabalho na área de abordagem corporal. BOADELLA, David. **Nos caminhos de Reich**. Trad. Elisane Reis Barbosa Rebelo; Maria Silva Mourão Netto; Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1985; LOWEN, Alexander. **Bioenergética.** Trad. Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1982; v. tb. o relevante trabalho de *Reich* com relação ao desenvolvimento da teoria do orgasmo, a partir da energia dos impulsos. REICH Wilhelm. **A função do orgasmo**. Trad. Maria da Glória Novak. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984; ___**Psicopatologia e Sociologia da vida sexual**. Trad. M. S. P. Porto: Escorpião, [198-], p. 41-94. No Brasil, é de bastante destaque o estudo realizado pelo psiquiatra José Ângelo Gaiarsa, médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que, baseado no experimento com teorias e técnicas, concentrou-se em *Wilhelm Reich*, estudando-o profundamente e elaborando um trabalho no campo da terapia corporal. GAIARSA, José Ângelo. **Couraça Muscular do caráter** (*Wilhelm Reich*): trabalho corporal em psicoterapia – fundamentos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Ágora, 1984.

49 Vejam-se como exemplos desses subsistemas: a acupuntura; a moxabustão; o *shiatsu*, ou massagem dos meridianos; a cura pelas mãos; a yoga, além de outros exercícios físicos. Todas essas propostas terapêuticas originaram-se do Shin-Sen-Do ou "Caminho do Homem Livre", arte da longevidade e rejuvenescimento, aperfeiçoamento físico, mental e espiritual praticada há milhares de anos. Dentre as várias modalidades do Shin-Sen-Do, o Do-In é destacado como o mais acessível método para a autoconsciência, a saúde e o crescimento pessoal. Enfim, todas essas modalidades de subsistemas foram desenvolvidos sempre buscando a harmonização das energias corporais; KUSHI, Michio. **O livro do Do-In:** exercícios para o desenvolvimento físico e espiritual. Trad. Norberto de Paula Lima; Juracy C. L. Cançado. São Paulo: Ground, 1985. p. 74-75; LANGRE, Jacques de. **Do-In**: técnica oriental de auto-massagem. Trad. Juracy Campos L. Cançado. Rio de Janeiro: Ground, 1975.

modo de funcionamento dos modelos médicos. No caso do Brasil, evidenciamos uma medicina oficial que basicamente gira em torno de um setor privado, que atende à população de renda mais alta, e de um setor público, representado principalmente pelo Sistema Único de Saúde e que responde pelo atendimento da maioria da população. Entretanto, temos também um campo religioso que, a partir da experiência vivida dos atores sociais com a doença, o sofrimento e a cura, relaciona alguns modelos de práticas terapêuticas com a grande variedade de cultos existentes no território brasileiro, notadamente de inspiração africana, indígena e cristã.

Ainda no que se refere às várias noções que circulam em torno da expressão medicina, *Madel Luz*[50] discorre sobre uma comparação paradigmática entre a medicina ocidental científica e as medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica; pois, ao comparar a medicina alopática com a homeopática, ela demonstra que aquela prevaleceu sobre esta pelo motivo de melhor adequar-se ao paradigma mecanicista que surgia como sinônimo de "ciência" durante o estabelecimento da ciência dita moderna. De modo que um aspecto importante no trabalho dessa autora é o fato de a ciência médica se definir a partir de paradigmas e de racionalidades e não com base numa razão universal. Logo, quando ela refere-se a racionalidades, está associando-as à paradigmas distintos, e mais, a cosmologias diferentes; ou seja, a da medicina moderna correspondendo à da física clássica, mecanicista. Nessa perspectiva, explicita *Luz*[51] que:

> Todo sistema médico complexo, inclusive o ocidental contemporâneo, está fundamentado numa cosmologia, e esta é a expressão

---

50 LUZ, Madel. **Natural, racional e social.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. Passim.

51 ______. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. p.7-8.

> de concepções metafísicas (religiosas ou não) [...] A diferença entre as racionalidades quanto a este aspecto reside no fato de que, na nossa medicina, esse embasamento é implícito [...].

Desse modo, esta autora contrapõe o paradigma "biomecânico da medicina ocidental científica" a um modelo que denomina de "bioenergético", verificado nas medicinas homeopática, chinesa e ayurvédica, privilegiando estas últimas. Porém, é com relação à utilização do conceito "ocidental científico", para adjetivar a medicina biomecânica, que seria pertinente fazer uma observação, visto que *Luz*, ao fazer a contraposição já mencionada, estabelece que não se trata apenas de contrapor paradigmas, mas sim de uma correspondente oposição entre duas práticas clínicas. Assim, a crítica a ser considerada diz respeito à ideia, proposta em tal oposição, de que uma medicina "ocidental científica" somente seria possível no âmbito do paradigma mecanicista. Ora, na época presente já é pacífico o entendimento de que este modelo já não é mais predominante nas ciências contemporâneas, seja pelo esgotamento de sua própria ideologia ou mesmo pela evidência de seus próprios limites.

Em resumo, ao invés de uma medicina "científica ocidental", podemos pensar não necessariamente em uma medicina oriental, cientifica ou não científica; mas, em uma ciência médica que, partindo de outro paradigma, introduza daquela, biomecânica, tudo o que puder ser incluído. Ademais, a divisão entre medicina oriental e ocidental não faz muito sentido, haja vista que a origem da medicina "cientifica" é historicamente "ocidental"; só que não foi apenas nesta região, pois a Grécia Antiga, "onde tudo começou", era oriental.[52]

52 SAYD, J.D. **Mediar, medicar, remediar.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

Enfim, reiteramos que as culturas constantemente sofrem influências umas das outras, por conseguinte, a expressão "medicina científica ocidental" não caracteriza a ciência médica moderna, pois esta reflete a contemporaneidade da ciência e sociedade modernas, afinada com novos paradigmas, tanto científicos quanto sociais ou culturais.

O Desenvolvimento da Medicina Oficial

Na Europa, desde o século XVI até os fins do século XVIII, eram observados a presença de elementos religiosos nos avanços científicos, em busca de uma sistematização de medicina, como salientamos antes. Já no século XIX, com o processo de migração do campo para a cidade, houve um crescimento significativo dos centros urbanos, com uma intensa preocupação na organização de uma política pública voltada para o futuro modelo médico ligado ao Estado. Portanto, na análise da medicina oficial moderna é de fundamental importância considerar a articulação entre os campos da ciência, do mercado e do Estado.

O sistema de cura de inspiração cartesiana foi bastante favorecido pelo positivismo das ciências biológicas, que juntamente com um saber médico baseado na experiência popular foram primordiais para o desenvolvimento da clínica médica em uma perspectiva de interesse público. Tal avanço foi devido às inovações científicas, como o surgimento de novos medicamentos e técnicas; e, especialmente, pela atuação do Estado no âmbito da saúde pública. Sem dúvida, esses fatores, entre outros, foram decisivos para que, no século XX, a medicina moderna fosse consagrada como a instituição oficial para a difusão de um conhecimento especificamente técnico da doença, tendo em vista que, no início deste período, grande parte das enfermidades eram tratadas por meio do tradicional sistema de cura doméstico e através de curandeiros.

De fato, foi nesse contexto que foram verificadas reações populares contrárias à mudança dessas formas privadas de cura, a partir das novas políticas públicas ligadas à saúde, tendo o Estado atuado intensamente contra essas resistências à construção de uma sociedade norteada por um conhecimento médico exclusivamente oficial, seja como agente repressor de certas crenças populares sobre os cuidados do corpo, ou seja como promotor de uma medicina pública inspirada nas inovações tecnológicas.[53] De modo igual, a normalização jurídica da área médica e a regulamentação universitária da profissão, com o monopólio da atividade sendo dada ao médico "regular", "oficial", "científico" ou "alopata", foram contribuições relevantes para a institucionalização de um modelo de medicina pública.

Com efeito, a predominância do sistema de cura biomédico no âmbito da medicina moderna era relevante para a formação dos novos modelos de gestão de saúde, estatal e mercantil; mas, era necessário combater as medicinas populares e alternativas para introduzir, na Modernidade médica, uma proposta de ciência compatível com a busca de uma racionalidade técnica e científica no campo médico. Em síntese, enquanto os países europeus adotaram o modelo de gestão da sociedade medicalizada, os Estados Unidos optaram por não estimular o Estado na organização de um seguro de saúde nacional, criando uma outra forma de gestão; pois a forte presença da cultura filantrópica associada ao elevado poder de contribuição do trabalhador norte-americano incentivou a criação do modelo de medicina liberal, que a partir dos anos oitenta do século XX expandiu-se com a política neoliberal, provocando então uma fragilidade nas propostas sociais de saúde; sendo tal modelo o precursor do atual capitalismo médico, com a consequente expressão da lógica do mercado no interior da área médica.

---

53 MARTINS, 2003, p.100 et. seq.

De maneira que a América Latina ficou dividida entre o modelo europeu da sociedade medicalizada e a opção da medicina tecnoutilitarista norte-americana.

No Brasil, antes da Carta Constitucional de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), a forma de gestão da saúde adotada era bastante complexa, com as contribuições de empregados e empregadores sendo administradas pelo Estado, que garantia o funcionamento desse modo de gestão. Mas, a partir dos anos oitenta do século XX, com a crise do Estado desenvolvimentista, surgiram fortes tendências para a privatização dos serviços médicos do setor público; sendo que os países submetidos à limitações econômicas e a grandes desigualdades sociais foram levados a introduzir modelos mistos. No caso específico brasileiro, a criação do SUS foi acompanhada por várias outras ações objetivando incentivar a medicina mercantil privada; tendo o governo brasileiro, nos anos noventa desse período, estimulado bastante a implantação concomitante dos dois tradicionais modelos de gestão: público e privado.

O Sistema de Cura Biomédico

Nos séculos XIX e XX, o sistema de cura biomédico representou a base da medicina oficial, sendo utilizado para legitimar os modelos de gestão clássicos. Contudo, as pessoas demonstravam dúvidas e incertezas sobre a eficiência desse sistema, desencadeando assim uma revalorização de outras propostas de cura que foram minimizadas pela medicina predominante. Logo, a crise de legitimidade dos modelos de gestão de saúde tradicionais começou a surgir no momento em que o sistema biomédico deixou de ter uma influência preponderante.

Mas, como já destacamos no decorrer deste Capítulo, a medicina moderna passou por vários momentos durante o seu processo de institucionalização, desde o Renascimento, na Idade Média,

nos séculos XV e XVII; perpassando pelo nascimento da clínica moderna, entre os séculos XVIII e XIX; e culminando com a valoração do corpo, através da sua mercantilização, isto a partir da segunda metade do século XX.[54] Por sua vez, a priorização de uma compreensão objetiva da realidade corporal levou a medicina, no período do nascimento da clínica moderna, ao *status* de dogma científico, visto que ela firmou-se como um espaço estratégico, possibilitando assim a predominância da medicina ocidental por intermédio de várias operações: reclassificação do espaço corporal, reorganização dos elementos constituintes do fenômeno patológico, estabelecimento das séries lineares dos fenômenos tanatológicos, dentre outras.[55]

De modo que, essa racionalidade preconizou um sistema de classificação das doenças baseado na análise visual e objetiva do corpo; por outro lado, essa objetivação do olhar técnico, recepcionada desde o século XIX e que revelava tão-somente uma forma limitada de compreensão da enfermidade e da cura, foi também utilizada para desvalorizar socialmente determinados saberes médicos, populares e alternativos, que não eram dotados de um discurso científico bem estruturado. Mas, apesar disto, essas outras medicinas continuaram proliferando em torno da medicina oficial.

Assim, entre os séculos XVIII e XIX, foi criado um novo sistema classificatório para a medicina, sendo amplamente divulgado como verdade científica no século XX, pois considerava o corpo como um objeto mecânico[56] e não vinculado a um sujeito que o completasse; surgindo então uma medicina pragmática, que valorizou o corpo sem sujeito, cujas partes podiam ser

---

54 MARTINS, 2003, p. 112-114.

55 FOUCAULT, 2004b, p.XV.

56 Sobre o mecanicismo cartesiano, vide nota 40 deste Capítulo.

estudadas separadamente. Portanto, a ciência médica moderna fundamentou-se a partir da positividade que o conhecimento técnico definiu como normal e/ou anormal no funcionamento orgânico, interpretando a doença como um elemento inimigo e estranho ao corpo, e não como um processo relacionado com a saúde. Consequentemente, essa classificação proposta pela fisiologia tornou-se bastante restritiva, haja vista que a análise objetivista apenas apreende a enfermidade como um fenômeno visível e detectável, sendo insuficiente para explicar as moléstias que têm origens emocionais ou psíquicas.

Saliente-se, também, que a concepção de uma medicina científica acima das demais práticas médicas levou o Estado a promover uma regulamentação mais específica das práticas sociais, possibilitando a elaboração de novos dispositivos disciplinares necessários para a organização da medicina como um sistema de curas de valor universal. Em outras palavras, a vinculação da ciência com o Estado foi relevante para colocar o sistema de cura biomédico na condição de fundamento técnico e científico dos modelos de gestão de saúde surgidos entre os séculos XIX e XX; tendo sido nesse contexto que a medicina cartesiana, baseada em legislações próprias, estruturas hospitalares, universidades etc., criou uma ideologia de eficiência médica e científica, nestes dois séculos, responsável pela manifestação da aparente superioridade do sistema biomédico sobre os demais modelos de cura, sendo este aspecto justificado com base em uma razão instrumental e tecnológica.

Essa ideologia da medicina oficial permaneceu até a primeira metade do século XX; pois, a partir deste período, com a inserção de um capitalismo especulativo no campo médico, vão surgindo novos modelos de gestão da saúde de natureza ambivalente: por um lado, o desenvolvimento da técnica e da ciência enfatizou a proposta ideológica da eficácia médica; e, por outro lado, a reorientação das instituições médicas em busca de interesses econômicos privados desencadeou uma certa crise no campo médico,

resultando em duas vertentes, sendo uma identificada com a tecnicidade médica e a outra com a proposta de re-humanizar das práticas médicas.[57]

Nas duas ultimas décadas do século XX, a medicina oficial tem seguido a trajetória de um conhecimento hermético e utilitário, afastando-se, então, das suas origens clássicas. De forma que são verificadas mudanças no curso da medicina, com a transformação da instituição médica em uma engenharia de órgãos humanos controlada por especialistas, buscando colocar o sistema de cura biomédico como um modelo científico superior aos encontrados em outras culturas. Porém, em sociedades com diferenciações culturais e históricas, que com suas práticas de cura diversificadas impõem um modelo médico variado, são observados entraves ao movimento de hegemonia da biomedicina, fazendo surgir diferentes medicinas não consideradas como tradicionalmente ocidentais.

As Novas Tendências da Ciência Médica

Lamentavelmente, no Século XX, ocorreram fatos trágicos que, de acordo com *Zygmunt Bauman*[58], demonstram que a Modernidade constitui uma experiência ambivalente, variando constantemente entre o caos e a ordem, pois "sem a negatividade do caos, não há positividade da ordem; sem caos não há ordem". Mas, esse autor também enfatiza que, na vida moderna, há uma permanente preocupação no propósito de exterminar essa ambivalência, ou seja, "um esforço para definir com precisão - e suprimir ou eliminar tudo o que não poderia ser ou não fosse precisamente definido".

57 MARTINS, 2003, p. 117.

58 BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 15.

A ambivalência presente na Modernidade é vislumbrada na ocasião do Holocausto, onde a antítese da civilização moderna e de tudo o que ela representa pôde ser revelada por meio de um reverso e de um verso dessa mesma sociedade. Nesse sentido, assinalam *Henry Feingold e Richard Rubenstein apud Bauman*[59] que:

> A Solução Final marca o momento crítico em que o sistema industrial europeu saiu errado; em vez de favorecer a vida, o que era a esperança original do iluminismo, começou a consumi-la. [...] O mundo dos campos da morte e a sociedade que engendra revelam o lado progressivamente mais obscuro da civilização judaico-cristã. Civilização significa escravidão, guerras, exploração e campos de morte. Também significa higiene médica, elevadas idéias religiosas, belas artes e requintada música. [...]. Tanto a criação como a destruição são aspectos inseparáveis do que chamamos civilização.

Diante desta explanação, podemos afirmar que foi preciso um fato da significação histórica da Segunda Guerra Mundial para produzir um impacto sobre as concepções racionalistas de uma Modernidade até então atrelada à ideia de ordem. Indiscutivelmente, os acontecimentos verificados nesse conflito fazem dele um marco decisivo na mudança de paradigmas na medicina moderna, pois com a perda de crença no progresso, considerada um dos fatores que fundamentam a dissolução das grandes narrativas da história[60], que justificava o ideário de ordem na Era Moderna, surge a perspectiva da ambivalência.

---

59 ______ **Modernidade e holocausto**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 26 e 28.

60 GIDDENS, 1991, p. 19; Com relação ao declínio dos grandes relatos, Jean-François Lyotard observa um “efeito do desenvolvimento das técnicas e das

Todavia, essa mudança de paradigma filosófico desencadeou várias inovações culturais e cientificas, trazendo fortes repercussões sociológicas, isto a partir dos anos cinquenta do século XX, aparecendo então uma modernidade – mundo, difusora de uma cultura transnacional que se impõe às culturas nacionais[61], com a proposta de uma reorganização da medicina moderna que se estruturava apenas em contextos nacionais. Além do mais, os avanços tecnológicos e as experiências transculturais, que colocavam em contato várias tradições de cura, representaram o aparecimento de um campo médico amplo e aberto, significando uma quebra dos padrões institucionais da medicina oficial.

E foi nessa realidade que a crise da crença no progresso da Modernidade ocasionou o surgimento de novas tecnologias, com suas consequentes manifestações culturais, delimitando uma concepção ambivalente da modernidade-mundo, caracterizada por uma orientação ligada à técnica, enfatizando a presença da pesquisa biológica; e por uma tendência vinculada à proposta de reumanizar a sociedade, com base nas reações sociais erguidas contra os perigos advindos com as utilizações mercantis das tecnologias modernas. Nessa pespectiva, é relevante destacar o esclarecimento apresentado por *Martins*[62], quando afirma que:

> [...] De um lado, a guerra fria estimulou o desenvolvimento de novas tecnologias de ponta, sobretudo no campo da informática, beneficiando a pesquisa biomédica e os interesses capitalistas da área. [...] De outro,

---

tecnologias a partir da Segunda Guerra Mundial, que deslocou a ênfase sobre os meios da ação de preferência à ênfase sobre os seus fins". LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Trad. Ricardo Corrêa Barbosa. 7. ed. Rio Janeiro: José Olympio, 2002, p. 69.

61 IANNI, Octavio. **Enigmas da Modernidade-Mundo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p. 93 et seq.

62 MARTINS, 2003, p. 132-133.

> deve aqui ser assinalado o movimento da contracultura na Califórnia, que colocou, na segunda metade do século XX, uma série de bandeiras importantes das mudanças culturais e sociais contemporâneas: liberação sexual, drogas psicodélicas para 'abrir a consciência', música pop, retorno à natureza, cultura visual e informacional e renovação estética e literária. A versão européia dessas inovações é aquela dos novos movimentos sociais, como os movimentos feminista, ecologista, pacifista e juvenil. Em conjunto, contracultura e novos movimentos sociais são o caldo de cultura no qual foram maturadas as chamadas medicinas humanistas. Tais medicinas constituem um conjunto de práticas ecléticas, ambivalentes e díspares, como a psicanálise, a acupuntura, a homeopatia, a ioga, dentre tantas outras, cujo ponto comum é a valorização da relação médico-doente (sujeito x sujeito), em contraposição àquela médico-doença (sujeito x objeto), que era própria do desenvolvimento da biomedicina cartesiana. [...]

A partir desta brilhante exposição, evidenciamos que, nas últimas décadas do século XX, surgiram tendências ambivalentes que afetaram a hegemonia do modelo biomédico moderno. Por conseguinte, foram verificadas duas reações: uma voltada para o utilitarismo, fundamentada em uma visão tecnicista das atividades médicas e com o predomínio de uma lógica mercantil; e outra de cunho social, representada pelas medicinas humanistas[63], que

---

63 A medicina humanista ou alternativa é uma expressão utilizada para revelar a tendência da medicina oficial em reumanizar as práticas médicas, sendo que tal proposta se opõe a inclinação denominada tecnicista; tais ações são de natureza variada e reivindicam uma diversidade disciplinar, conceitual e

têm se exteriorizado por práticas sociais e culturais identificadas com a proposta de reumanizar a medicina, sendo nesta inclinação que estão os sistemas de cura biopsíquicos, bioenergéticos e xamânicos.

Por tanto, é no âmbito do conjunto mais amplo das medicinas humanistas que é destacado o grupo das medicinas alternativas, cujas terapias são bastante complexas no que diz respeito às suas proposições teóricas, existindo possibilidades de ações que vão desde a psicoterapia psicanalítica, seguida pela hipnose, acupuntura, homeopatia, yoga, fitoterapia, musicoterapia, a alimentação natural, o shiatsu, a meditação, a aromaterapia, os florais, o reiki etc. Algumas destas terapias vêm ganhando uma certa aceitação pela medicina tradicional, enquanto que outras apresentam pouca receptividade, ou mesmo são recusadas pelo campo oficial, devido a heterodoxia a elas inerente.

Certamente, e o cotidiano tem demonstrado, é a partir dessas duas tendências que se definirá o futuro da medicina no século atual, cujas normas serão norteadas através de políticas públicas adequadas, onde a cidadania deverá ser priorizada, independentemente dos interesses econômicos e corporativistas envolvidos, pois é a saúde em seu conjunto que precisa ser preservada, dando aos fatores interpessoais e psíquicos a mesma atenção dispensada aos aspectos físicos e fisiológicos. Logo, é preciso uma ciência médica que considere a totalidade do ser humano e veja o paciente como pessoa em todas as suas dimensões, tendo em vista que o desaparecimento da pessoa na medicina foi determinado pelo fato de que o médico se refere à doença, ao órgão enfermo, e não ao homem doente; sendo necessária uma “medicina de relação antes de uma

---

política. Então, ao reagir com a medicina cartesiana, as medicinas humanistas questionam o modelo de sistema de cura predominante. Cf. MARTINS, 2003, p. 206.

medicina de órgãos".[64] Nessa mesma linha de pensamento, salienta *Soares*[65] que:

> O modelo biomédico, de caráter individualista e intervencionista, privilegia o combate à doença [...]. Coloca a doença como central, levando ao distanciamento e à objetalização dos pacientes, à deterioração da relação terapeuta-paciente e à perda do papel milenar terapêutico da medicina, enquanto arte de curar, em proveito da diagnose e da ciência das doenças.

Após essas considerações, torna-se pertinente reiterarmos a série de transformações que vêm ocorrendo atualmente, no campo da medicina oficial, envolvendo tanto as tendências tecnicistas como as humanistas, desencadeadas por interesses econômicos, políticos, corporativistas etc; sendo que essas mudanças vêm resgatando práticas médicas variadas, existentes principalmente na esfera da medicina popular e das terapias alternativas, objetivando a integração dessas práticas ao setor médico oficial.

Em última análise, ressaltamos que o futuro da medicina envolve uma série de relações que ultrapassam o campo especificamente científico para inserir aspectos sociais, políticos, psicológicos, culturais, simbólicos e religiosos. Assim, na reorganização da ciência médica moderna deve ser enfatizada a revalorização de elementos simbólicos nas relações interpessoais dos atores sociais envolvidos, visto que é de grande importância o papel simbólico que os recursos médicos guardam em relação à possível eficácia terapêutica.

---

64 SPINSANTI, S. **Le dimensioni della salute**: L'alleanza terapeutica. Roma: [s.n.], 1988. p.6.

65 SOARES, J. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. **Cadernos de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.38, 1988.

Então, mesmo que não se considerem tais recursos como determinantes, em última instância, do estado de saúde geral na experiência vivida, o próprio ato médico em si já se constitui numa necessidade crescente para os indivíduos doentes, ou para aqueles que eventualmente adoecerão.[66] Além disso, registre-se que hoje em dia vem sendo dado ênfase aos estudos relativos à profilaxia, surgindo a nutrição como base de uma medicina preventiva que se associa à pesquisa e à tecnologia, objetivando um maior conhecimento do funcionamento bioquímico e metabólico do corpo e da psique humanos; sendo nesse sentido fisiológico da medicina que é observada a prioridade das propostas nutricional e terapêutica, tornando-se reservadas as prescrições alopáticas ou farmacológicas para casos específicos. Em outros termos, a alimentação adequada, associada a uma vida não sedentária e de estresse controlado, assume o lugar principal na prevenção das enfermidades e de promoção da saúde física e psíquica. Portanto, é fundamental a concepção do indivíduo como um todo, considerando os múltiplos aspectos que o constituem, dentro de um contexto somático, psíquico, social e ambiental; e a medicina como, sobretudo, uma terapia.[67]

Ao término deste Capítulo, enfatizamos que a medicina também significa a organização racional do hospital como lugar de formação e transmissão de saber, pois a ordenação do espaço hospitalar possibilita e permite a cura, bem como registra e reúne saberes; como veremos em seguida, no estudo da estrutura hospitalar moderna como sendo um dos elementos fundamentais deste livro.

---

66 ILLICH, I. **A expropriação da saúde** (Nêmesis da Medicina). 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.21.

67 SAYD, 1998, passim.

Capítulo 3

Estrutura hospitalar moderna

O surgimento do hospital como tecnologia médica

Com o advento do Cristianismo, os sacerdotes passaram a propalar conselhos sobre o modo de recuperar a saúde, como também sábios religiosos registravam para a posteridade descrições de curas milagrosas. Assim, as igrejas tornaram-se locais que agrupavam pessoas doentes, que aumentavam de número cada vez mais, sendo, por conseguinte, construídos estabelecimentos hospitalares nas proximidades dos mosteiros. Com efeito, os nosocômios europeus e árabes, criados nos primeiros séculos da Era Cristã, eram possuidores de orientações humanistas.[1] Os primeiros hospitais construídos, na Europa, foram o de *Lyons*, fundado em 542 d.C.; o *Hôtel-Dieu*, erguido em Paris no ano de 652, depois de Cristo; e na Itália, o de *Santa Maria della Scalla*, em Siena, que foi edificado em 898 d.C.[2]

---

1 MACKINNZY, 1937, p. 46.

2 ROBINSON, 1958, p. 193.

Desde a Idade Média que o hospital é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, haja vista que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Nesse período, dizia-se que o estabelecimento hospitalar era um local onde se entrava para morrer, um morredouro e, devido a isto, as possibilidades de hospitalização eram temidas pelas populações de poucas posses. Logo, as pessoas que atuavam nas estruturas hospitalares não tinham o objetivo específico voltado para a cura do enfermo, mas a conseguir a salvação do mesmo, sendo, consequentemente, um pessoal caritativo, podendo ser religioso ou leigo.

Observe-se, também, que o nosocômio surge no plano local como indispensável para o resguardo das pessoas sadias contra a doença, bem como para a proteção dos doentes com relação a eles mesmos. Nesse contexto, *Tenon apud Foucault*[3] propõe um espaço hospitalar diferenciado com base em dois princípios: "o da formação, que destinaria cada hospital a uma categoria de doentes ou [...] de doenças; e o da distribuição, que define, no interior de um mesmo hospital, a ordem a seguir, para nele dispor as espécies de doentes que se tiver achado oportuno receber".

Outrossim, a família, lugar natural da doença, onde havia os cuidados espontâneos com à afetividade e o desejo comum da cura, é complementada por um outro espaço no propósito de reproduzir a configuração específica das enfermidades, que são agrupadas, de forma racionalizada e sob o olhar do médico do hospital, por ordens, gêneros e espécies. O nosocômio, assim

---

3 FOUCAULT, 2004 b, p. 45.

concebido, possibilitou classificar de tal modo os enfermos, que cada um encontrava o que convinha a seu estado, sem comprometer, por sua proximidade, o mal do outro, e sem difundir o contágio no estabelecimento hospitalar ou fora dele. Ademais, existiam também os doentes sem família, os casos de patologias contagiosas e as moléstias consideradas difíceis e complexas, a que a medicina em sua forma tradicional ainda não podia fazer frente, devendo, por conseguinte, o hospital ter um lugar nessa configuração, onde as instâncias médicas eram múltiplas para melhor assegurar uma vigilância contínua.

De maneira que as estruturas hospitalares permaneceram com essas características até o início do século XVIII, com o Hospital Geral sendo, inicialmente, destinado ao internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.; e, posteriormente, em meados desse período, passando a ser uma instituição mista, de exclusão e assistência, onde a função médica não aparecia, pois não havia uma justificação científica na prática médica. Neste século, o estabelecimento hospitalar se revelou como uma organização ultrapassada em vários aspectos, tendo em vista que apresentava uma arquitetura que difundia a doença no seu interior sem evitar que ela se propagasse no ambiente exterior, sendo ele mais um foco de morte para as cidades onde se encontrava situado do que um agente terapêutico para a população. Além do mais, a dificuldade de encontrar vagas aliadas às exigências impostas àquelas pessoas que precisavam de internamento, como também o precário tratamento médico ali exercido faziam do nosocômio um instrumento inadequado; até mesmo a assistência que era patrocinada pelas estruturas hospitalares para com os pobres no máximo permitia a sobrevivência de alguns deles, sendo que isso determinava o crescimento de seu número e o prolongamento de suas enfermidades, com todos os efeitos do contágio que delas poderiam resultar.

E foi como consequência gerada por toda essa situação que surgiu a ideia de uma substituição do nosocômio pelos seguintes mecanismos: organização de uma hospitalização a domicílio, com suas vantagens econômicas e desvantagens nos casos de moléstias epidêmicas; oferecimento de cuidados médicos gratuitos ou os menos custosos possíveis, assegurados por um corpo médico distribuído pela sociedade; e o método dos dispensários, onde eram oferecidos aos enfermos de passagem, sem interná-los, as consultas e distribuições de medicamentos, procurando conservar as vantagens técnicas da hospitalização sem ter os inconvenientes econômicos; sendo estes três métodos responsáveis pelo desencadeamento, notadamente na segunda metade do século XVIII, de uma série de projetos e programas com o objetivo de reformar as estruturas nosocomiais da Europa. Ainda nesse sentido, ressalte-se que foi a partir desse projeto de substituição hospitalar que se evidenciou uma forte tendência para a "desospitalização"[4], mas esta ideia não vigorou, pois havia a necessidade da estrutura nosocomial se tornar um elemento funcional no espaço urbano, com seus efeitos sendo controlados.

Porém, o surgimento do hospital como instrumento terapêutico foi observado no final do século XVIII, quando foram iniciadas as visitações e observações sistemáticas pelos nosocômios europeus, cuja finalidade era definir um programa de reforma hospitalar. Nesse período, são destacadas as viagens do inglês *Howard* e do francês *Tenon*, que realizaram alguns estudos empíricos com o

4 O processo de "desospitalização" da doença e da pobreza teve início a partir da concepção de que: esta era um aspecto econômico que a assistência teria a obrigação de procurar solucionar; e aquela era um fato individual a que a família deveria assumir, assegurando ao doente os cuidados necessários, pois era visível que o hospital não mais respondia às necessidades reais da pobreza, estigmatizando assim a pessoa doente em sua miséria. FOUCAULT, 2004 b, p. 47; Ibid., 1984, p. 203-204.

intuito de elaborar um novo projeto de reconstrução dos estabelecimentos nosocomiais, pois estes deixam de ser apenas uma figura arquitetônica, passando a fazer parte de uma realidade médico-hopitalar.[5] Assim, era preciso dispor o espaço interno dessas estruturas de modo a torná-las um lugar de operação terapêutica e não um local de assistência; havendo, por conseguinte, a necessidade de suprimir os fatores que o tornava perigoso para aqueles que o habitavam, sendo indispensável organizá-lo em conformidade com uma estratégia de tratamento sistematizada (presença do privilégio hierárquico dos médicos, sistemas de observações e anotações que possibilitassem os registros dos diferentes casos com suas evoluções específicas, reuniões de dados relativos a toda uma população e a longos períodos, entre outros aspectos).

Realmente, a instituição hospitalar, sedimentada em princípios positivistas, procurava organizar a sistematização de um saber teórico e prático na assistência regular do novo espaço de curar os doentes, visto que o ambiente já não era mais controlado predominantemente por religiosos, mas por médicos disciplinadores que defendiam o isolamento dos pacientes, especialmente no caso dos portadores de infermidades mais graves ou contagiosas; além disso, também procuravam controlar os registros dos enfermos (entrada, saída, cura ou morte, diagnóstico, tratamento etc.) e faziam treinamentos com revisões periódicas dos tratamentos oferecidos, entre outras medidas. Então, o paradigma da assistência aos doentes, mudava da atitude piedosa e dos privilégios de uma medicina teórica voltada ao indivíduo, para uma medicina social, que atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador.

Em síntese, é com a introdução da disciplina no espaço nosocomial, bem como por meio da transformação do saber e da prática médicas, que aparece uma medicina hospitalar, onde a cura é

---

5 FOUCAULT, 1984, p. 99-100.

dirigida por uma intervenção médica que não se endereça mais à enfermidade propriamente dita, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, entre outros. Logo, é no deslocamento da intervenção médica e na ação disciplinar que está a origem do hospital médico.[6] De igual modo, a medicina pôde tornar-se hospitalar através da neutralização das possibilidades das moléstias encontradas nas pessoas internadas se difundirem para a cidade em que o nosocômio estava situado, como também devido a equalização das desordens econômicas e sociais verificadas nessa instituição. Nessa ótica, registramos que o início da reforma hospitalar ocorreu com os hospitais militares e marítimos, e não com o hospital civil, como bem esclarece *Foucault*[7]:

> [...] Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. Examine-se o exemplo do exército. Até a segunda metade do século XVII, não havia dificuldade em recrutar soldados – bastava ter dinheiro. Encontravam-se, em toda a Europa, desempregados, vagabundos, miseráveis disponíveis para entrar no exército de qualquer nacionalidade ou religião. Ora, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército torna-se muito mais técnico,

6 FOUCAULT, 1984, p. 101-102 e 107.

7 Ibid., p. 104.

> sutil e custoso. Para se aprender a manejar o fuzil será preciso exercício, manobra, adestramento. É assim que o preço de um soldado ultrapassará o preço de uma simples mão-de-obra e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países. Quando se formou um soldado não se pode deixá-lo morrer. Se ele morrer deve ser em plena forma, como soldado, na batalha, e não de doença [...]. A partir dessa mutação técnica do exército, o hospital militar tornou-se um problema técnico e militar importante. 1º) Era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem [...]. 2º) Era preciso curá-los, evitando que morressem de doença. 3º) Era preciso evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem na cama etc. Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadrinhamento do poder no espaço do hospital militar. O mesmo acontece com o hospital marítimo [...].

De acordo com o que foi exposto, evidenciamos que não foi por meio de uma técnica médica que os hospitais marítimos e militares foram reordenados, mas sim através de uma tecnologia política de exercício de poder denominada de disciplina, tendo esta sido elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII. Certamente, a introdução dos mecanismos disciplinares, no espaço nosocomial, possibilitou a formação de uma medicina hospitalar, haja vista que os motivos econômicos, o preço atribuído ao indivíduo e a preocupação em evitar que as epidemias se propagassem explicam o minucioso exame disciplinar a que foram submetidos os nosocômios.

Com efeito, o hospital moderno é o resultado histórico das políticas sociais dos Estados e dos progressos científicos da humanidade. Nesse sentido, *Foucault* enfatiza que a partir do Iluminismo, as mudanças do conhecimento, na "arte de curar", levantaram um conflito que "não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras do saber": um *prático*, herdeiro das assistências acompanhadas dos mestres, dos anos de percepção empírica, da memória e da repetição, isto é, do exemplo; e um *clínico*, que se sustentava nos atendimentos privilegiados da nobreza, nos domicílios dos bons pagantes e de caráter individual, sendo tal saber exercido por membros dessas mesmas camadas sociais. Esse último saber era essencialmente teórico, baseado na percepção de que a doença precisava ser compreendida como um fenômeno natural, com curso e desenvolvimento próprios.[8] Portanto, esses dois saberes se confrontavam, reconfigurando-se com as necessidades expansionistas do Mercantilismo e das exigências no intuito de garantir a vida, a ação e a recuperação de exércitos regulares e profissionais, incluindo a necessidade de impedir, disciplinarmente, as deserções, as fugas e os fingimentos nos acampamentos de doentes.

Segundo *Foucault*[9], a evolução do hospital está diretamente relacionada com a participação dos médicos no seu funcionamento, por meio da sua constituição como um lugar de aprendizagem e experimentação de novos saberes. Assim, o nosocômio transforma-se em função das novas exigências científicas consequentes do poder médico e dos procedimentos clínicos que o acompanham, tornando-se o lugar adequado para o estabelecimento da disciplina médica. Para esse autor, a genealogia do indivíduo moderno associa-se com a tecnologia do exercício do poder disciplinar, que é

---

8 FOUCAULT, 2004b, passim.

9 FOUCAULT, 2004b, p. 41 et seq.; Id., **Vigiar e punir**.Trad. Raquel Ramalhete. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a. p. 177.

traduzido em práticas generalizadas sobre os indivíduos e as populações, objetivando fazer do homem um "corpo dócil e mudo". De fato, a disciplina é uma técnica e não uma instituição ou um aparelho, é "um tipo de poder, uma modalidade para o exercer, reunindo um conjunto de instrumentos, de técnicas de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma 'física' ou uma 'anatomia' do poder, uma tecnologia". Então, a estrutura nosocomial é considerada uma instituição que pode utilizar essa tecnologia de poder, pois é um local em que a disciplina funciona para aproximar as formas de poder dominante, ampliando a sua eficácia em objetivos específicos.

O hospital pode também ser vislumbrado como uma ilustração do conceito de "panóptico", tal como *Foucault* o concebeu, a partir do *Projeto de Bentahn*[10], considerando-o um modelo hipotético da tecnologia disciplinar. De modo que o panóptipo é um exemplo claro de como se exerce o poder, sendo "uma maneira de definir as relações do poder com a vida cotidiana dos homens, [...] uma figura de tecnologia política que pode ser destacada de todos os usos específicos e polivalentes nas suas aplicações". Logo, uma das utilizações possíveis desse modelo é cuidar de doentes no nosocômio, através do estabelecimento dos corpos em um espaço e da organização hierárquica dos indivíduos, bem como por meio da disposição dos canais de poder e da definição de seus instrumentos e modos de intervenção. Em suma, estão integrados no

10 Para *Foucault*, o *Panóptico de Benthan* corresponde a um modelo exemplar de tecnologia disciplinar. Assim, o projeto de arquitetura do Panóptico foi concebido por Benthan para a exploração máxima das técnicas de vigilância, sendo que o seu funcionamento arquitetural destinou-se a garantir uma eficácia organizacional máxima. Apesar desse modelo ser concebido como um esquema abstrato, também é observado o amplo alcance das suas aplicações concretas. FOUCAULT, 2004a, p. 165 -167 e 169 - 170.

modelo panóptico de tecnologia disciplinar: o poder e o saber[11]; o controle dos corpos, como mecanismo de expansão e produtividade do poder; e o ordenamento do espaço que é utilizado como meio de exercício do poder.

Sem dúvida, o hospital constitui uma "disciplina-bloco", com atividades produtivas, redes de comunicação e relações de poder; representando sistemas que estão sempre sendo regulados e ajustados, tendo em vista que os regulamentos que norteiam o seu funcionamento, a organização de suas diferentes atividades e os vários atores sociais, — cada um com uma função, um lugar e um perfil bem definidos — formam instâncias de atividades, comunicação e poderes. Desse modo, a ação disciplinar nas sociedades liga-se ao ajustamento racional e econômico que se realiza nesses blocos, sendo que o estabelecimento hospitalar, como um lugar de desenvolvimento da medicina científica e tecnológica, traduz expressivamente a "sociedade disciplinar".[12]

---

11 Sobre a análise de Foucault no que se refere ao **poder e o saber**, Turner salienta que, apesar dos problemas teóricos e empíricos que são colocados na perspectiva foucaultiana, o que na teoria de Foucault representa um tema de fundamental interesse para sociólogos e historiadores é o problema weberiano da racionalidade e da racionalização. Em seguida, Turner reconhece a contribuição do estudo histórico do controle dos indivíduos pelas técnicas de cálculo e da vigilância, através da análise dos asilos psiquiátricos, das prisões, dos hospitais e das escolas. Por fim, esse autor estabelece um elo entre o interesse de Weber na racionalidade capitalista e a história da vigilância de Foucault e conclui: "[...] A partir desta perspectiva, o mundo foucaultiano do atlas anatômico, do olhar médico, do corpo dócil e das metáforas corporais das sociedades não é estranho à sociologia". TURNER, B. The practices of rationality: Michel Foucault, medical history and sociological theory. In: FARDON, R. (org.). **Power and Knowledge:** Anthropological and Sociological Approaches. Edimburgo: Scottish Academic – Press, 1985. p. 212.

12 FOUCAULT, 2004a, p. 173 et seq. Encontramos uma interessante abordagem relacionada com a sociedade disciplinar nos estudos de O'Neill quanto

Nessa discussão, ressalte-se que já era verificada uma tendência do hospital, como um instrumento que permitiria a cura, tornar-se um elemento fundamental na tecnologia médica, por meio da articulação entre a eficácia terapêutica e o saber médico, com suas classificações e técnicas. Então, as reformas dos estabelecimentos hospitalares, mais especificamente os projetos de reestruturação arquitetônica, institucional e técnica, adquiriram importância, no século XVIII, devido especialmente aos seguintes problemas, que surgiram no espaço urbano: as populações com suas características próprias, o aspecto familiar e o corpo dos indivíduos; sendo nestas materialidades que se inseriu a transformação dos nosocômios.

Assim, a passagem dos hospitais governados pelas ordens religiosas que dominavam as concepções sociais, incluindo à assistência aos nosocômios do século XIX – abertos aos progressos científicos da medicina, com ênfase às investigações clínicas – resultou nas estruturas hospitalares do século XX, onde a medicina científica instalou-se definitivamente com sua expressão tecnológica e especializada quanto à estrutura profissional e aos cuidados médicos.[13]

---

a dominação legal no âmbito da racionalidade administrativa na burocracia weberiana. Para O'Neill, as características formais da disciplina burocrática são evidentes nos trabalhos de Weber sobre o exército, a igreja, a universidade e os partidos políticos. Por outro lado, os estudos de Foucault com relação ao hospital, a prisão e a escola fundamentam a análise de Weber, no campo da história das várias técnicas sociais da disciplina corporal, de atitudes e comportamentos, isto é, da sociedade disciplinar. Portanto, as análises de Foucault são consideradas como uma extensão do conceito da disciplina racional-legal de Weber, por meio das práticas discursivas que constroem a "fisiologia do poder-saber". O'NEILL, J. The disciplinary society: from Weber to Foucault. **The British Journal of Sociology**, v. 37. n. 1, p. 47, 1986.

13 Sobre a evolução histórica dos vários tipos de hospitais e sua relação com o desenvolvimento das sociedades, encontramos, de forma simplificada, a seguinte descrição: "(...) os hospitais de intenso fervor religioso são governados por prelados, por ordens monásticas ou seus delegados; os hospitais

Caracterização sociológica dos hospitais

Perspectivas Teóricas

Na presente época, a estrutura hospitalar moderna constitui o campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina contemporânea, sendo uma instituição que, nos sistemas de saúde atuais, simboliza o poder social da profissão médica, representando também a institucionalização dos conhecimentos especializados. Ademais, o nosocômio revela características de uma organização burocrática, pois o surgimento de novas especialidades e o desenvolvimento tecnológico da medicina introduziram modificações importantes, nas estruturas hierárquica e de poder, com a consequente expansão do sistema burocrático da administração profissional. Nessa perspectiva, o hospital é entendido como uma organização complexa, local de processos sociais e históricos recentes, onde coexistem o saber e a prática médicos.[14]

No que diz respeito à relação entre os estabelecimentos hospitalares e a teoria da burocracia, é relevante destacar que já são clássicos os estudos que analisam a adequação do hospital ao modelo da burocracia racional de *Weber*.[15] Mas, embora a estrutura

---

reais por provedores diretamente responsáveis perante a coroa; os hospitais de comuna por comissões municipais; o hospital cientista do século XIX por médicos; o hospital personalista do século XX por administradores que a si próprios se têm por representantes da comunidade". FERREIRA, C. O hospital de hoje e do futuro. **Separata do Boletim de Assistência Social**, Lisboa, ano 16 (133/134), p. 346, 1958.

14 CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998. p. 21 et seq.

15 O tipo-ideal de burocracia racional foi desenvolvido por Weber pressupondo o surgimento e a concretização do Estado moderno, da economia capitalista de mercado e de um sistema de educação universal que possibilitasse as

nosocomial como organização burocrática tenha alguns traços que se identificam com o tipo ideal de *Weber*, pesquisas desenvolvidas na esfera da sociologia médica norte-americana demonstram que o hospital moderno difere em vários aspectos do modelo *weberiano*. Com efeito, tais investigações sustentam como característica específica da instituição hospitalar o poder e a autonomia profissional que os médicos possuem, apesar da presença da estrutura administrativa burocrática, e concluem pela existência de um duplo sistema de autoridade.[16]

Smith[17] considera que a hierarquia de autoridade no âmbito hospitalar inclui uma sequência que vai desde a administração até o pessoal que atua na base da pirâmide, fixando-se de modo explícito a autoridade e a responsabilidade atribuída a cada nível hierárquico. Além do mais, em uma análise mais minuciosa da organização nosocomial, esse autor observa que surge uma segunda linha de autoridade, com base no poder carismático que os médicos têm pelo fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas. Dessa forma, coexistem no hospital dois princípios de autoridade: o primeiro se aproxima da autoridade racional-legal, na hipótese que advém da administração; e o segundo se refere à

---

bases para uma formação especializada. Assim, para Weber a burocracia apresenta-se como uma organização racional de posições hierárquicas, caracterizada por autoridade hierárquica, divisão de trabalho como base em competências especializadas, regras sistemáticas e impessoalidade. WEBER, Max. **Ensaios de sociologia**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. p. 229 et seq.

16 Cf. GOSS, M. Patterns of bureaucracy among hospital physicians. In. Friedson, E. The hospital in modern society. Nova York: the Free Press, 1963.;SMITH, H. Um double système d´autorité: le dilemme de l´hôpital. In. HERZLICH, C. **Médicine, maladie et société**. Paris: Mouton, 1970.

17 SMITH, 1970, p. 279-280.

autoridade carismática, no caso que emana do corpo médico; tal como estes dois tipos de autoridade foram definidos por *Weber*.[18]

Nesse contexto, *Carapinheiro*[19] reconhece que os médicos detêm um papel central de autoridade nos hospitais, que ultrapassa a hierarquia administrativa das atribuições e responsabilidades próprias de uma empresa capitalista moderna, do tipo-ideal *weberiano* de burocracia racional. De igual modo, os

---

18 Para *Weber*, a *autoridade racional-legal* é a forma característica das sociedades modernas, pois envolve a obediência às regras formais fixadas por procedimentos legais regulares, por meio de um aparato judiciário e administrativo. No âmbito da burocracia, uma ordem é considerada legítima se advir de uma autoridade competente, de acordo com procedimentos apropriados e regras adequadas. Assim, a autoridade dos superiores hierárquicos não depende da tradição nem do carisma, mas do consenso relativo à validade das regras que regulam os procedimentos que é caracterizado pela burocracia e pela racionalização das relações pessoais. Portanto, a função, a autoridade, a hierarquia e a obediência são concebidas e efetivadas através da utilização da razão organizacional. A *autoridade tradicional* diz respeito à obediência de regras relacionadas com o costume e as práticas ancestrais; sendo que sua legitimidade não decorre da razão ou de regras abstratas, mas da crença no valor da antiguidade e da sabedoria que lhe é inerente e que transcende a razão humana. A *autoridade carismática* é exercida por quem é capaz de demonstrar que possui um "carisma", sendo obedecida por quem acredita no caráter do líder que possui esta qualidade. O surgimento de um líder carismático em geral leva a um conflito com a autoridade tradicional e racional, pois desencadeia uma profunda transformação das tradições e regras estabelecidas. Na sua forma pura, a autoridade carismática não é necessariamente um tipo de autoridade, mas sim um modo de transição resultante de influência individual do líder carismático, acabando por se integrar na tradição ou na "disciplina" racional, evoluindo o carisma para um ou outro dos tipos de autoridade: é o que *Webe*r chama de "rotinização do carisma" WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Trad. Regis Barbosa; Karen Elsabe Barbosa. 4 ed. São Paulo: UNB, 1999. v.1, p. 139 et seq.

19 CARAPINHEIRO, 1998, p. 45.

médicos constroem domínios por meio de um poder tradicional derivado de costumes e práticas herdadas, tendo a sua legitimidade garantida pela crença em um saber antigo e de certa maneira transcendental.[20]

Goss[21], por sua vez, procura associar o estudo do estabelecimento hospitalar à análise da profissão médica, revelando como as normas profissionais e os sistemas de valores dessa categoria podem influenciar na organização hospitalar, com o objetivo de entender como é que nas práticas nosocomiais são conciliadas as normas burocráticas com as profissionais. Esse autor, ao identificar alguns níveis da organização hospitalar em que o tipo-ideal da burocracia *weberiana* é insuficiente para integrar as normas, os valores e os requisitos da profissão médica, ressalta que no campo dos papéis hierárquicos de autoridade que caracterizam a burocracia hospitalar, a profissão médica revela uma acentuada autorregulação, bem como traduz a autonomia individual de cada médico, dentro dos limites impostos pela profissão. Já com relação à impessoalidade das regras burocráticas, *Goss* salienta que os médicos têm que gerir frequentemente casos excepcionais, que fazem parte do seu trabalho clínico, através da utilização de "regras" que são mais de natureza profissional do que burocrática. Portanto, em ambos os níveis, a análise comparativa entre os padrões burocráticos e profissionais desencadeia problemas que indicam para a necessidade de uma reorganização estrutural e funcional desses padrões.

---

20 WEBER, 2004, p. 148 – 152.

21 GOSS, 1963, p. 169-170.

Nesse mesmo sentido, afirma *Carapinheiro*[22] que:

> [...] a confrontação entre os padrões burocráticos e os padrões profissionais levanta problemas de ajustamento ou problemas de tensão e conflito que apontam para a necessidade de organizar uma visão compreensiva, por um lado, da variabilidade e da flexibilidade dos padrões modernos da estrutura e funcionamento burocráticos e, por outro lado, da possibilidade dos actuais modelos de burocracia abrirem espaço a comportamentos profissionais orientados por códigos normativos e valorativos próprios. No que especificamente diz respeito à organização hospitalar, significa que as normas e valores profissionais dos médicos afectam mais a estrutura organizacional do que são afectados por ela.

Concluindo, *Goss* entende que a existência de um sistema duplo de autoridade é o mecanismo central para a conciliação dos padrões burocráticos de autoridade com as normas profissionais dos médicos, visto que, na esfera da administração, existe um conjunto de relações formais de autoridade permitindo que as decisões tomadas no topo da hierarquia sejam cumpridas pelos subordinados; já no plano do exercício profissional dos médicos, predomina um grupo de relações de natureza consultiva que se concretiza no direito dos médicos, colocados em uma posição hierárquica superior, de fornecerem orientações aos médicos que lhe estão subordinados, os quais poderão seguir ou não essas recomendações recebidas. Após essas considerações, podemos afirmar que, nas atuais estruturas hospitalares, predomina um modelo onde coexistem a autoridade hierárquica *weberiana* e a profissional.

---

22 CARAPINHEIRO, 1998, p. 48.

Sob outra perspectiva, é possível ampliar o debate sobre a adequação do hospital ao modelo de burocracia racional *weberiana*, por intermédio da abordagem das organizações formal e informal no âmbito hospitalar desenvolvida a partir do conceito de "instituição total" e da caracterização das "instituições totalitárias" proposto por *Erving Goffman*.[23] Para este autor, a referida instituição reúne os aspectos formais da vida institucional, presentes em estabelecimentos com objetivos diversos, como prisões, asilos, conventos, quartéis, campos de concentração e hospitais psiquiátricos, sendo que todas estas organizações têm em comum o processo de encerramento de seus membros dentro dos limites de seus espaços físicos, sem diversificação de contatos sociais. Em seguida, ele, no estudo clássico sobre a condição social dos doentes mentais, caracteriza a instituição totalitária como "um lugar de residência e de trabalho", onde um determinado número de indivíduos, colocados na mesma situação e separados do mundo exterior por um período relativamente longo, vivem em comum em uma situação de reclusão, cujas modalidades são minuciosamente reguladas.

Por outro lado, ao estabelecer a distinção entre os ajustamentos primários e os secundários, que compõem a organização da vida clandestina do paciente no hospital psiquiátrico, *Goffman* reconhece a existência de uma racionalidade sutil nos comportamentos dos enfermos, mostrando que mesmo em uma situação de extrema privação são mobilizados recursos com o objetivo de oferecer algum sentido positivo para esses doentes. De fato, os "expedientes", a "exploração das afetações", os "territórios reservados", os "refúgios", entre outros recursos encontrados à margem da estrutura oficial, revelam que toda organização regulamentada, totalitária ou não, dispõe de infraestruturas vulneráveis às utilizações "ilícitas" e às

23 GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 15-22, 23 et seq. e 159-173.

ocupações "clandestinas" existentes nos diferentes modelos de racionalidade que habitam as instituições. Logo, esse achado traduz a relevância que tem o estudo da dimensão informal na organização hospitalar, embora não envolva necessariamente a adequação do nosocômio ao modelo de instituição totalitária.

Em resumo, de início, o hospital parece mesmo apresentar a maioria dos aspectos estruturais que caracterizam as instituições totalitárias, como o isolamento do doente em relação ao mundo exterior, o agrupamento físico dos enfermos, o cumprimento de um regulamento que programa a vida diariamente e a avaliação dos comportamentos dos pacientes a partir de uma ideologia centrada na doença e na cura. De modo igual, o próprio processo de admissão hospitalar, por meio de um conjunto de procedimentos que reduzem a pessoa à condição de paciente, parece confirmar a tese do hospital como instituição totalitária, haja vista que as formalidades da chegada ao estabelecimento nosocomial e ao setor de internamento, a atribuição de uma cama a ser ocupada e a circulação das papeletas, onde é registrada a biografia do enfermo, traduzem o fato de que o nosocômio aceitou o doente de acordo os seus próprios termos e que espera que o mesmo se submeta aos regulamentos da instituição e às decisões dos especialistas.

Todavia, o hospital também se diferencia da instituição totalitária, pois o isolamento do doente durante a hospitalização nunca é total, havendo importantes atores e espaços de interação intra-hospitalar (profissionais, normas institucionais, outros pacientes, comissões transdisciplinares etc.) ou extra-hospitalar (visitas de amigos e familiares, decisões sobre particularidades de sua vida, acesso a informação, entre outras situações); consequentemente, o enfermo não é excluído do mundo exterior, tendo em vista que ele sempre mantém contatos com tudo que faz parte do seu campo de interesses sociais. Da mesma maneira, a internação do doente não

anularia a sua vontade autônoma e esclarecida no que se refere aos meios de diagnósticos e tratamentos a serem utilizados, podendo, inclusive, manter ou trocar a equipe de assistência médica e, enfim, decidir com relação a sua permanência ou saída antes do que era previsto, por intermédio da oficialização de um termo de responsabilidade da decisão de saída do hospital.

Com a realização do estudo sobre a adequação do hospital ao modelo de instituição totalitária de *Goffman*, percebemos que tal abordagem é insuficiente para uma análise da estrutura formal do nosocômio não psiquiátrico. Mas, tal discussão revela-se com capacidade analítica para a descoberta de alguns processos sutis, inerentes ao funcionamento da estrutura formal e que constituem a estrutura informal[24] da estrutura hospitalar. Ademais, os estabelecimentos hospitalares são sempre possuidores de várias áreas de interação e trabalho, nem sempre visíveis, que são organizadas em conformidade com normas e regras que se afastam da autoridade requerida pela administração burocrática, sendo tais espaços denominados por *Goffman* de “áreas de bastidor”.[25]

---

24 Sobre as estruturas formal e informal, *Roethlisberger e Dickson apud Clegg e Dunkerley* desenvolveram um quadro conceitual onde se faz a distinção entre tais estruturas no âmbito das instituições. Assim, enquanto a estrutura formal integra as regras oficiais que orientam os comportamentos considerados adequados na realização das atividades específicas solicitadas pela instituição; a estrutura informal corresponde aos valores e aos padrões de comportamento, independentemente das regras formais e resultantes das relações interpessoais entre os integrantes das instituições. A uma e outra correspondem duas lógicas distintas, respectivamente, a da eficiência e a dos sentimentos. CLEGG, S.; DUNKERLEY, D. **Organization, Class and Control.** 3.ed. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1987. p.132.

25 GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 106-107.

Por sua vez, a discussão da estrutura informal do hospital nos reconduz ao debate relativo à adequação do estabelecimento nosocomial ao tipo ideal da burocracia racional de *Weber*, pois a descoberta da relevância dessa estrutura, através do trabalho empírico desenvolvido no âmbito dos valores e comportamentos dos seus integrantes, revelou que o monopólio analítico que tinha usufruído o modelo de burocracia *weberiano* deveria ser reapreciado levando em consideração o surgimento de novas dimensões a serem analisadas no estudo das instituições hospitalares.

A Disposição do Espaço Físico e sua Simbologia

No hospital, a distribuição dos espaços é determinada de acordo com as especificidades das ações dos principais atores sociais envolvidos: médicos, enfermeiros e doentes. Desse modo, as enfermarias, como também os setores de enfermagem e médico, formam as grandes regiões do serviço médico-hospitalar, representando os espaços onde se preparam as condições para o exercício da função profissional médica. Registre-se que as enfermarias são áreas de atuação do pessoal médico e de enfermagem, enquanto que os setores dos médicos e dos enfermeiros constituem locais de atividades com acesso restrito a estas categorias, autênticas "áreas de bastidor"; porém, é frequente no cotidiano nosocomial evidenciarem-se entradas e saídas de médicos do setor de enfermagem, por motivos ligados aos cuidados para com o paciente.

Na estrutura hospital, as disposições dos lugares traduzem a organização de um controle social, que pode ser observado por meio da posição estratégica de determinados locais que são distribuídos como autênticos postos de vigilância dos comportamentos dos enfermos. Portanto, a ordenação desses lugares, além de obedecer a critérios técnicos de organização do ambiente hospitalar, são igualmente sujeitos a apropriações sociais, como instrumentos de produção da ordem social. Outrossim, a separação dos diferentes espaços no nosocômio

não se faz apenas através da segregação física, mas também de modo simbólico; ou seja, identifica-se, nos serviços hospitalares, uma série de elementos que possibilita reconhecer a importância técnica e social dos vários locais. Nessa ótica, o uso de uniformes e objetos distintos assegura o reconhecimento das hierarquias e das respectivas funções hospitalares (médicos, corpo administrativo, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem etc.).

Com relação ao espaço físico delimitado para o *doente*, são observados a cama, a roupa padronizada e eventuais objetos pessoais, que representam os elementos simbólicos de um restrito universo pessoal. Assim, na parte superior das camas, estão dispostos os meios técnicos necessários para situações de emergência, como tubos para conexão do oxigênio e aspiradores de secreções; já ao lado da cama, com frequência são encontrados recipientes contendo soro conectados ao corpo do enfermo; em suma, esses são os principais elementos simbólicos que cercam o paciente, reduzindo-o à expressão de um corpo vulnerável e acessível. Já as salas dos médicos são facilmente distinguíveis das dependências dos enfermeiros, pois naquelas predomina a sobriedade de um espaço concebido para a atividade intelectual de elaboração do diagnóstico e da terapia a ser instituída, com o destaque do negatoscópio, que é apenas utilizado pelos médicos em suas interpretações das imagens radiológicas; enquanto que, nas salas dos enfermeiros, expõe-se o cenário do trabalho de preparação e execução terapêutica, com armários contendo medicamentos, seringas, compressas etc., constituindo os elementos que serão utilizados no cotidiano hospitalar.

Logo, o serviço hospitalar é um mecanismo produtor de cuidados médicos, reunindo profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas materiais. Nessa perspectiva, os cuidados fornecidos aos doentes seguem uma linha tradicional, que é denominada

por *Coe*[26] de "modelo assistencial clássico". Em conformidade com este autor, nesta proposta é observado o desenvolvimento de uma medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura, quando possível; por conseguinte, os sistemas de tratamento médico, muitas vezes, desenvolvem-se por meio de procedimentos de urgência e com caráter imperativo, havendo a necessidade de ações decisivas de intervenções terapêuticas no intuito de prevenir a morte, justificando então a submissão do enfermo. Portanto, tanto para os pacientes como para o pessoal que atua no hospital, o modelo clássico assistencial integra a obediência indiscutível à autoridade médica; então, o doente torna-se um agente passivo dos cuidados médicos que são legitimados em virtude dos critérios preponderantes existentes no sistema de cura biomédico.

A Organização da Divisão do Trabalho

A análise da organização da divisão do trabalho, nos serviços hospitalares, tem como princípio a oposição entre o comando, traduzido pelas atividades de diagnóstico e terapêutica, e a execução das prescrições médicas, revelando assim a existência de duas hierarquias funcionais caracterizadas por critérios de qualificação técnica, representando, dessa forma, um sistema de estratificação social no âmbito hospitalar. Saliente-se que entre os médicos e os enfermeiros, que têm funções distintas no ato médico, desenvolve-se mais uma relação de dominação/subordinação do que de cooperação, exteriorizando então a separação funcional através de uma superioridade da hierarquia médica sobre a de enfermagem.

---

26 COE, R. **Sociologia de la Medicina**. 3. ed. Madrid: Alianza Universidad, 1984. p.325.

Em um serviço hospitalar organizado de acordo com uma linha tradicional de “cuidados médicos”, o trabalho do pessoal médico e de enfermagem caracteriza-se por o sistema laboral ser do tipo profissional; ou seja, médicos e enfermeiros controlam a produção dos “cuidados”, sendo assegurado pelos primeiros o ato médico propriamente dito e pelos segundos a administração do tratamento. Além disso, a função de elaboração depende fundamentalmente de raciocínios médicos individualizados, com os exames radiológicos, bioquímicos, entre outros, tendo apenas funções complementares ao diagnóstico definitivo.

De modo geral, os enfermeiros, bem como os auxiliares e técnicos de enfermagem, compõem o grupo profissional majoritário no atendimento hospitalar, atuando mais no sentido da execução da prescrição médica do que de um modelo colaborativo de assistência, sendo, devido a isto, bastante restrito o espaço de atividade profissional do pessoal da enfermagem. Entretanto, *Pires*[27] reconhece uma parcela de autonomia na atuação dos enfermeiros, profissionais de formação universitária, visto que estes podem interagir com os pacientes, familiares e instituição, como também estão aptos a discutir os encaminhamentos da própria assistência médica oferecida; cabendo aos auxiliares e técnicos de enfermagem a tarefa de execução dos procedimentos terapêuticos instituídos pelos médicos.

Nos serviços médico-hospitalares, especialmente naqueles onde existe concomitantemente um curso médico profissionalizante, em geral, observa-se que os enfermeiros-chefes desempenham o papel central de supervisão no modelo de divisão de trabalho de enfermagem. Já com relação à hierarquia médica, na base, encontram-se os alunos do curso de medicina que estão fazendo o internato que, no Brasil, corresponde ao período em que o futuro médico estagia em diversas especialidades, ou se dedica a uma

---

27 PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. p. 28-30.

área específica; estando os estagiários hierarquicamente subordinados aos médicos assistentes. Porém, o interno tem uma posição determinante na dinâmica do trabalho médico, pois é ele quem tem mais contato com o cotidiano do serviço, sendo responsável pelas seguintes atribuições: fazer a história clínica, realizar o exame objetivo, elaborar o diagnóstico e a terapêutica, e, por fim, acompanhar a evolução do doente, tendo esse aprendiz o apoio do médico assistente em caso de dúvidas ou incertezas quanto aos cuidados médicos a serem instituídos.

Além do mais, nos estabelecimentos médico-hospitalares os escalões hierárquicos, correspondentes ao *diretor, chefe e assistente de serviços médicos*, distanciam-se progressivamente dos cuidados médicos diretos. Com efeito, o diretor de serviço médico ocupa a posição hierárquica mais elevada, desenvolvendo funções administrativas e controlando indiretamente o trabalho médico, cuja supervisão direta é atribuída aos chefes de serviços e aos médicos assistentes; enfim, o papel do diretor é principalmente político-administrativo, mas também tem participação na coordenação do trabalho clínico.

Com frequência, somos levados a identificar os médicos com a posição de chefes hierárquicos em relação às outras categorias profissionais que atuam no hospital, devido à invocação permanente da razão última das atividades nosocomiais: o tratamento dos doentes. De fato, é privilegiada a posição dos médicos no quadro da divisão do trabalho no âmbito hospitalar, apesar da entrada de novas categorias profissionais impulsionadas pelas recentes disciplinas ligadas à complexidade científica e tecnológica no modo de produção de cuidados médicos. De maneira que vem mantendo-se intacto o princípio do monopólio do poder médico, sendo sempre em função deste preceito que as novas funções se ordenam.

O Poder Médico e suas Formas

Na sua formação profissional, o médico faz a aquisição de sua competência técnica por meio do estudo de doenças e dos processos de diagnóstico e terapêutica, tendo a acumulação de saberes e a experiência clínica um relevante valor, não apenas pela sua natureza intrínseca, mas especialmente por se traduzir no acesso a posições de autoridade, prestígio e influências sociais, na sua relação com as outras categorias profissionais que atuam no serviço hospitalar. Com efeito, o capital técnico dos médicos revela-se em uma autoridade moral e social, bem como no poder ao exercício do ato clínico, que é legitimado pelo seu valor científico e exterioriza-se nos sinais e símbolos do poder carismático de curar; por conseguinte, tal capital é simbólico, constituindo o principal recurso da prática de um *poder técnico-carismático* com relação a todos os protagonistas envolvidos na esfera médico-hospitalar.

Usualmente, o médico e o hospital são considerados conjuntamente, mas são apenas dos médicos todas as decisões quanto aos processos de tratamento, revelando assim a prioridade da sua atuação na instituição nosocomial. Logo, na sua autonomia e na conservação da posição da sua autoridade e responsabilidade, a referência profissional dos médicos no serviço hospitalar constitui uma outra forma de *poder médico denominado de autorregulamentação.* [28]

No campo das relações funcionais, entre as categorias médica e de enfermagem, é observado um *poder médico formal*, haja vista que na hierarquia médica consagram-se diferentes posições de poder legal, que são exteriorizadas nas funções e responsabilidades legalmente distribuídas nos diferentes níveis hierárquicos; sendo que estas atribuições, da base ao topo da hierarquia, são crescentes no acesso a funções administrativas nos vários setores de atividades dos serviços médicos.

---

28 CARAPINHEIRO, 1998, p. 197.

Já no âmbito das relações entre os médicos e a administração, há uma outra forma de poder médico, pois na medida em que, perante a implantação de uma lógica racionalista na evolução contemporânea dos hospitais, as chefias médicas e os médicos são chamados a participarem nas decisões econômicas dos nosocômios, adotando uma política de cooperação, evidencia-se a forma de *poder médico* que *Stendler*[29] designa de *técnico-econômico*.

Por último, lembramos também que uma forma central de poder em um serviço hospitalar é o *médico universitário*, que se faz presente apenas no hospital onde funciona também o curso médico; havendo, então, uma simbiose entre as atividades clínicas hospitalares e as científicas universitárias. Nesta situação específica, são fornecidos aos médicos desse serviço as possibilidades e os privilégios de transitarem entre os setores acadêmico e hospitalar, desenvolvendo um trabalho de acumulação de competências técnicas e científicas que contribuem na aquisição da capacitação para a consequente ocupação de posições de destaque na hierarquia universitária.

Observe-se, ainda, que foi a partir do enquadramento estrutural do poder médico que se determinou a sua natureza como sendo um poder-saber, tal como verificamos anteriormente. Mas, para uma melhor compreensão das relações do poder-saber médico com outros poderes no hospital, nos fundamentamos na análise de *Foucault*[30], que alerta sobre a possibilidade de compreender o poder, na sua materialidade e no seu funcionamento, através das tecnologias políticas que constituem nossas práticas sociais cotidianas. Desse modo, para esse autor, o poder é a maneira como funcionam tais tecnologias na sociedade, envolvendo rituais que

---

29 STENDLER; F.**L´Hôpital em Obsenvation**. Paris: Armand Colin, 1974. p.121.

30 FOUCAULT, 2004a, p. 168 et seq.

segregam relações desiguais e assimétricas; sendo que essa perspectiva vincula-se com o estudo do poder na sua forma disciplinar[31] e como bio-poder[32], produto das relações históricas entre o poder, o discurso e o sexo.

Nesse prisma, enfatizamos que *Foucault*[33], desde os seus primeiros trabalhos, se interessa pelo corpo, tal como a ciência o explorou, e ao mesmo tempo pelas instituições especializadas em que houve a utilização do poder sobre o corpo. Realmente, esse autor percebeu que a ação do poder no corpo representa a união entre o poder e o saber; e, contestando a noção jurídica do poder baseada na proibição, no interdito e na negatividade, acrescenta-lhe uma visão positiva, por meio do funcionamento das tecnologias disciplinares nas instituições, objetivando a produção de seres humanos possíveis de serem tratados como corpos dóceis e produtivos.[34]

Em outras palavras, as tecnologias disciplinares foram desenvolvidas e aperfeiçoadas nas escolas, nas oficinas de trabalho, nos quartéis, nas prisões e nos hospitais, com uma finalidade comum: a produção da docilidade e da utilidade. Posteriormente, *Foucault* reelabora a sua análise do poder de modo a mostrar a especificidade e o caráter concreto verificados nas relações entre o poder e o saber, propondo então que se investiguem os processos de racionalização que se operam nos domínios específicos que dizem respeito às experiências fundamentais do homem: a doença, a sexualidade, a loucura, a morte etc; sendo que se evidencia uma

---

31 Ibid., p.152.

32 Id., **Historia da sexualidade I**: A vontade de saber. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque; J.A. Guilhon albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 132.

33 Cf. "O Nascimento da Clínica" (1963); "Vigiar e Punir" (1975); "História da Sexualidade I: A Vontade de Saber" (1976).

34 FOUCAULT, 2004a, p.117 et seq. e 177.

maior atenção desse autor para com o estudo das relações do poder e das suas estratégias, com uma consequente minimização do estudo da racionalidade interna do poder.[35]

Finalizando, entendemos que no percurso realizado, dos fundamentos teóricos do hospital às formas de poder médico, estão constituídas as condições analíticas necessárias para adentrarmos no campo da racionalização das práticas médico-hospitalares.

O processo de racionalização das práticas médico-hospitalares

Hodiernamente, a organização social do trabalho médico, inerente ao processo evolutivo do hospital, vem revelando uma nova imagem da racionalidade nosocomial, tendo em vista que a partir do momento em que se conseguiu destacar uma função hospitalar definida tecnicamente, separada das atividades antigas, asilares e de vigilância, estabeleceram-se novas articulações técnicas e econômicas entre o hospital e as estruturas sociais com ele relacionadas.

O nosocômio moderno expressa uma forma própria de prestação de serviços médicos, que reúne três funções principais: *controle social*, que exprime o estabelecimento hospitalar como um lugar de acolhimento e guarda dos doentes, aos quais se impõe um modelo de disciplina e de regulação das atitudes e comportamentos; *produção do saber médico*, tendo o hospital vindo a constituir-se como sede do desenvolvimento e prática da ciência médica contemporânea, especializada e tecnicizada; e *reprodução da força de trabalho*, pela atribuição à medicina hospitalar do dever de manutenção da saúde dos trabalhadores, por meio do combate às doenças visando

---

35 Id., 2003, p.131 et seq.

à reposição das condições físicas dos mesmos, para o consequente retorno ao exercício da atividade laboral.[36]

De forma que o desempenho de tais funções traduz uma necessária adequação para com a estrutura hospitalar, garantindo-lhe o seu enquadramento socioeconômico, no qual se articulam as políticas de saúde e as de gestão hospitalar, inter-relacionadas com as estratégias econômicas das indústrias farmacêuticas e eletrônicas, de produção de aparelhos médicos. Assim, evidenciamos que são vários os processos de racionalização implementados no hospital, objetivando fazer dele um modelo empresarial que utiliza uma lógica racionalizada através de decisões nas esferas técnica, econômica e administrativa, revelando uma concepção da medicina moderna como uma atividade que se integra cada vez mais ao setor mercantil.

Uma importante vertente da ação racionalista que organiza as práticas hospitalares é a que diz respeito às *transformações técnicas no sistema de cuidados médicos,* pois, na época atual, o nosocômio é considerado como uma estrutura inserida no âmbito do desenvolvimento tecnológico que vem ocorrendo no cotidiano. Logo, o processo de racionalização do ato médico, impulsionado pelas modificações introduzidas com as inovações nos meios de diagnóstico e tratamento das enfermidades, expressa uma nova dimensão da socialização da atividade médica no campo hospitalar. De fato, sendo tal ato considerado como decisório nos sistemas de tratamento, verifica-se que o desenvolvimento da racionalidade médica moderna tem vindo a integrar, como condição necessária para a evolução dos saberes médicos especializados, a decomposição deste ato em várias atividades diversificadas, realizada fundamentalmente pela separação entre a preparação e a execução do trabalho médico.

---

36 CARAPINHEIRO, 1998, p.134.

Mas, esta divisão envolve um processo de transferência, para a estrutura nosocomial, de funções que sempre estiveram reunidas em um único ato, sendo este processo realizado por meio de operações racionalizadas da organização do trabalho, tendo sido isoladas todas as ações que podiam ser previstas e, desse modo, encaminhadas ao pessoal com atuação no hospital. Em resumo, uma vez realizada a decomposição do ato médico em práticas diversificadas, isoladas e centralizadas pela estrutura hospitalar, reserva-se para o ato médico propriamente dito a função decisória de elaboração do diagnóstico e opção do tratamento.

Do ponto de vista prático, ao exame clínico são acrescentados outros complementares, munidos de recursos tecnológicos que se insinuam no interior do corpo, registrando zonas e camadas; consequentemente, a doença torna-se uma entidade biológica cuja estrutura morfológica é cada vez mais legível na multiplicidade dos ângulos em que é capturada e na variedade dos cortes transversais que é explorada. Por outro lado, as ciências biológicas têm colaborado cada vez mais no diagnóstico e tratamento médico, devido a maior disponibilidade de conhecimentos sobre a configuração bioquímica e anatomo-patológica das moléstias, resultante da utilização de novos equipamentos microeletrônicos de observação das estruturas mais íntimas dos órgãos.

Por tudo isso, a investigação sintomatológica transferiu-se do exterior para o interior do corpo, minimizando-se a atitude de alerta e vigilância do surgimento dos sintomas verificáveis na superfície corporal, para uma conduta de busca dos sinais e vestígios internos, revelados pelos equipamentos médicos. De modo que são reunidas condições científicas e tecnológicas para uma maior legibilidade das enfermidades e para uma compreensão mais inteligível do ato médico; ademais, a divisão deste ato em uma série de atividades realizadas por pessoas diferentes fornece uma maior legibilidade do exercício médico, na medida em que essas ações

podem ser avaliadas tecnicamente. Porém, reiteramos que o ato decisório de diagnóstico e terapêutico permanece pertencendo a um médico individualizado, apesar de se fundamentar em um conjunto de atos efetuados por especialistas diferentes.

Nessa ótica, *Chauvenet*[37] ressalta que a maior inteligibilidade do ato médico contribuiu para a sua desmistificação como prática mágico-carismática, modificando, por conseguinte, a relação médico-paciente. Segundo essa autora, "trata-se de considerar que a relação terapêutica estabeleceu-se nas sociedades contemporâneas com base na entrega incondicional do doente aos cuidados dos médicos, pela atribuição que lhe foi feita do poder de curar como sendo técnico e social, inacessível e inatingível, logo mágico". Mas, o processo de racionalização da atividade médica desvenda e torna inteligível para o enfermo a construção das operações lógicas do raciocínio médico, instaurando-se, assim, a relação médico-paciente como sendo entre um técnico especializado e uma pessoa portadora de doença que compromete sua capacidade participativa como um todo. De forma que para *Chauvenet*, esse processo corresponde à passagem progressiva da relação médico-paciente para a médico-instituição, emergindo então novas representações e comportamentos dos doentes no que se refere à doença e ao saber médico.

Portanto, listar os médicos como atores importantes nas modernas instituições hospitalares, em virtude de serem possuidores de práticas tecnológicas que circundam o atendimento ao enfermo, pressupõe reconhecê-los como fundamentais em suas responsabilidades.

Um outro relevante aspecto a ser analisado nessa abordagem é o fato de que o impacto da *racionalização técnica, nas práticas médico-hospitalares,* avalia-se pelo nível de especialização alcançado

---

37 CHAUVENET, A. **Organization et Hierarchies Hospitalières**. Paris; PUF, 1973. p. 4-6.

nessas atividades, visto que a produção especializada da medicina hospitalar, com o apoio de modernos equipamentos tecnológicos, tem destacado áreas específicas de saber sobre sistemas fisiológicos particulares e circunscritos a determinados órgãos humanos. Com efeito, até mesmo os setores da medicina já especializados têm sido objeto de uma crescente diferenciação em novas especialidades, que levam em consideração partes ou funções particulares do corpo, doenças específicas, classes especiais de doentes e técnicas cirúrgicas avançadas, com destaque para os procedimentos cirúrgicos de transplantações de órgãos humanos.

Giddens[38], para explicar como a modernidade se constitui a partir de certos "deslocamentos das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço", desenvolve as ideias de "ficha simbólica" e "sistema perito", como sendo mecanismos de "desencaixes" básicos para as instituições sociais modernas. O primeiro diz respeito aos meios de intercâmbio e de circulação, como o dinheiro ou certas formas de legitimação política; já o segundo refere-se a sistemas de excelência técnica ou competência profissional, que fazem parte dos ambientes material e social do cotidiano. Logo, uma casa ou um carro são sistemas peritos permeados por conhecimentos que, em geral, o usuário tem pouca informação, mas que confia, seguro de que vai funcionar. Nesse contexto, afirma *Giddens*[39] que:

> Quando saio de minha casa e entro em um carro, penetro num cenário que está completamente permeado por conhecimento perito — envolvendo o projeto e construção de automóveis, estradas, cruzamentos, semáforos e muitos outros itens. Todos sabem que

38 GIDDENS, 1991, p. 29, 30 e 35.

39 Ibid., p. 35-36.

> dirigir um automóvel é uma atividade perigosa, acarretando o risco de acidente. Ao escolher sair de carro, aceito este risco, mas confio na perícia acima mencionada para me garantir de que ele é o mais minimizado possível. Tenho pouco conhecimento de como o automóvel funciona e poderia realizar apenas pequenos reparos se algo desse errado [...].

Em face à narrativa exposta, podemos então compreender o modelo biomédico cartesiano como sendo um "sistema perito", haja vista que se tornou hegemônico no âmbito da medicina moderna devido ao caráter científico que lhe foi fornecido pelas pesquisas biológicas e avanços tecnológicos, revelando assim uma ciência médica especializada que, em geral, é considerada confiável e aceita como sistema médico predominante. Além do mais, o processo de racionalização técnica e administrativa dos hospitais, exteriorizado por intermédio de práticas médicas especializadas e de tecnologias avançadas, também contribuiu para a hegemonização da medicina científica moderna.

Quanto à *classificação dos serviços médicos*, *Chauvenet*[40] entende que a atual hierarquização das atividades hospitalares inclui a clássica oposição entre "*serviços para doentes crônicos*" e "*serviços para doentes agudos*", sendo esta distinção predominantemente social devido ao esvaziamento gradativo da mesma no campo da evolução científica da medicina. Em seguida, essa autora introduz a distribuição dos serviços por meio de critérios de ordem técnica, alcançando as questões sobre a natureza das patologias tratadas e dos equipamentos utilizados nos sistemas de tratamento. Mas, em função da aplicação desses dois critérios são destacadas três categorias de serviços médico-hospitalares: "*de medicina interna*", "*especializados*" e "*de ponta ou de alta tecnologia*".

40 CHAUVENET, 1973, p. 19.

Partindo dessa lógica, os primeiros têm por finalidade o acolhimento de doentes com patologias que não revelam nenhuma especialidade organizada na forma de uma atividade específica, além da triagem e orientação dos enfermos para outros hospitais; já os "*serviços especializados*" têm por meta a prestação de cuidados médicos de acordo com o tipo de enfermidade compatível com a especialização do serviço; e os "serviços de ponta ou de alta tecnologia" têm por objetivo a produção de cuidados médicos sofisticados, através da utilização de técnicas avançadas na produção do diagnóstico e das propostas terapêuticas.

No Brasil, os "*serviços de ponta*" correspondem à esfera de atendimento médico terciário, que comporta os hospitais especializados, locais onde são realizados os procedimentos de alta complexidade, incluindo entre estes os transplantes de órgãos humanos. Nesse serviços, são destacadas as *Unidades de Terapia Intensiva (UTI's),* tendo em vista que se trata de um lugar especial para a prestação de cuidados médicos, devido à concentração de tecnologias especializadas e pela composição das equipes médicas e de enfermagem que nelas atuam; além disso, são nessas unidades que profissionais e doentes estão cercados de técnicas para cuidados de emergência, bem como de medicamentos prontos a serem manipulados, por intermédio de manobras médicas e de enfermagem, em um cenário constante de risco e perigo. Em suma, essas unidades traduzem uma típica racionalidade estrutural dotada de um aparato tecnológico voltado para apoiar as práticas assistenciais hospitalares em situações de probabilidade concreta e iminente de morte, tais como traumatismo craniano, choque hemorrágico, roturas viscerais graves etc.

Com efeito, as UTI's são identificadas como um espaço onde o controle dos doentes é contínuo e cercado de detalhes, em uma relação de dois a três pacientes para cada técnico de enfermagem,

como também de uma enfermaria e um médico intensivista para cada dez enfermos; ademais, essas unidades possuem equipamentos de vigilância, medidas programadas das condições vitais e alarmes auxiliares à atenção profissional, sendo o atendimento organizado por várias especialidades para um mesmo paciente. De maneira que essa instalação plena é encontrada geralmente em estabelecimentos hospitalares de referência para atendimento de alta complexidade, sendo tal sofisticação de meios apresentada como avalizadora de uma racionalidade inquestionável dos fins no que diz respeito a salvar vidas. Saliente-se que são, nas UTI's, os atendimentos de doentes que potencialmente podem evoluir para morte encefálica, devido à implementação de recursos e procedimentos; enfim, nessas unidades, o aporte assistencial chega ao limite da capacidade e das condições das instituições, sempre procurando utilizar todas as possibilidades no sentido de restabelecer a saúde dos pacientes.[41]

Registre-se, ainda, que os médicos, nas relações com os enfermos e os familiares destes, normalmente usam de um palavreado do jargão técnico que, em geral, acaba dando maior ênfase ao esclarecimento da situação da moléstia e do tratamento do que ao doente e suas expectativas; sendo que nos casos de pacientes internados em UTI's com probabilidade de evoluírem para o óbito, com frequência, é mais enfocada a compreensão "científica" da irreversibilidade da morte encefálica do que os desejos que os enfermos pudessem ter antecipado. Desse modo, a despeito do desleixo que pode cercar os momentos de conversações entre os médicos e os pacientes e/ou familiares, tais encontros podem ser considerados

---

41 Em termos econômicos, o custo médio em uma Unidade de Terapia Intensiva pode girar em torno de EUR$ 1.000,00 por dia/paciente. Cf. EURICUS III. The implementation of guidelines for budget control and cost calculation, and their effect on the quality of management of intensive care whits in the countries. June 2001. **Foundation for Research on Intensive Care in Europe**. Gronimgen, 2001.

sociais, pois essas "conversas" são constituídas de um ou mais ouvintes e de um ou mais falantes. No caso específico dos transplantes de órgãos, há um assunto e um endereçamento particular – a doação de órgãos através da orientação dos médicos para com os familiares do potencial doador.

De fato, os diversos aspectos da aproximação, da entonação da voz, do cenário, da presença de ouvintes "não-endereçados", de identificação, de despedidas e, enfim, de uma interação eficaz ou não, muitas vezes, fazem dos encontros entre os médicos e os familiares uma visível "comunicação subordinada". Consequentemente, os parentes do "potencial doador", entrelaçados entre informações desconhecidas (técnicas), sentimentos e expectativas, compreendem a linguagem médica como sendo um fator de desestímulo na doação dos órgãos do parente falecido, haja vista que tudo isso interfere na capacidade de autonomia dos mesmos.

Atualmente, nos hospitais, existem comissões[42], de natureza transdisciplinar, que são organizadas visando ao atendimento de pacientes com morte encefálica, para a consequente abordagem familiar, objetivando a doação dos órgãos do parente falecido para fins de transplantes; contudo, na prática tem se observado uma participação superficial dos membros dessas comissões, na construção dos objetivos das mesmas. Além do mais, a implantação dessas comissões é cercada de formalismos e obstáculos burocráticos que desviam para os meios a "atenção racional", sem alcançar o resultado final idealizado; sendo que isso não anula a legitimidade técnica dos argumentos a favor dessas comissões hospitalares como

---

42 O Ministério da Saúde elaborou a Portaria n.º 1.752, estabelecendo que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de oitenta leitos deverão constituir Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.752, de 27 de setembro de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Poder Executivo. Brasília, DF, 30 set. 2005. seção 1.

novos espaços de trabalho. Porém, fica exposto um conflito que se aproxima de uma ação "quase" irracional que, segundo *Weber*[43], "pode ser orientada racionalmente com referência a valores: nesse caso, a ação só é racional com referência a fins no que se refere aos meios"; continuando, esclarece este autor que:

> [...] ou também o agente, sem orientação racional com referência a valores, na forma de "mandamentos" ou "exigências", pode simplesmente aceitar os fins concorrentes e incompatíveis como necessidades subjetivamente dadas e colocá-los em uma escala segundo sua urgência conscientemente ponderada, orientando sua ação por essa escala, de modo que as necessidades possam ser satisfeitas nessa ordem estabelecida (princípio da "utilidade marginal"). A orientação racional referente a valores pode, portanto, estar em relações muito diversas com a orientação racional referente a fins. Do ponto de vista da racionalidade referente a fins, entretanto, a racionalidade referente a valores terá sempre caráter irracional, e tanto mais quanto mais eleve o valor pelo qual se orienta a um valor absoluto, pois quanto mais considere o valor próprio da ação (atitude moral pura, beleza, bondade absoluta, cumprimento absoluto dos deveres) tanto menos refletirá as conseqüências dessa ação. Mas também a racionalidade absoluta referente a fins é essencialmente um caso-limite construído.

43 WEBER, 2004, p. 16.

A partir da teoria *weberiana* sobre *orientação racional referente a valores e fins*, entendemos que, apesar dos entraves burocráticos e administrativos, a valorização ética dos meios, como novos espaços de trabalho e apoiada em uma aplicabilidade técnica, acaba por ter uma construção, não importando quão pouco possa ser relevante no âmbito das racionalidades instrumentais. Portanto, para uma melhor compreensão do ambiente que cerca as situações de abordagem de familiares de pacientes com morte encefálica com vistas à doação de órgãos, torna-se pertinente a consideração dos pressupostos que sublinham determinados valores subjetivos dos profissionais envolvidos nessas relações sociais.

Por fim, é importante destacar que o surgimento do hospital moderno revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a modernização das suas atividades, tendo em vista que o estabelecimento nosocomial é vislumbrado como uma peça indispensável para análise da evolução do sistema de saúde como um todo, traduzindo o poder da tecnologia médica nos modelos terapêuticos modernos. Passaremos agora, para uma melhor visualização do campo de estudo relacionado com as práticas médico-hospitalares, a analisar as políticas de saúde no contexto brasileiro.

Capítulo 4

A Sociedade Moderna e as Políticas de Saúde

Neste início de século, a humanidade continua a vivenciar profundas transformações, especialmente nas esferas econômica, cultural, social e política, visto que a internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com o avanço das tecnologias da informação, têm como resultado a globalização da economia com as suas consequências: transnacionalização empresarial, desterritorialização da força de trabalho, desemprego etc. Por conseguinte, são observados o aumento das desigualdades entre os grupos sociais, o surgimento de novos movimentos nacionalistas, a exacerbação dos conflitos étnicos, a agressão ao meio ambiente, a intensificação da violência e, enfim, o desrespeito aos direitos humanos. Portanto, neste Capítulo, analisaremos a inserção das ciências sociais na área da saúde, bem como, nos Capítulos seguintes, faremos uma abordagem sobre o sistema de saúde brasileiro, a saúde como qualidade de vida e os transplantes de órgãos como forma de humanização.

A inserção das Ciências Sociais no campo da saúde

Nas décadas de sessenta e setenta do século XX, verificaram-se amplas discussões relacionadas com a saúde e com o desenvolvimento econômico e social que, por sua vez, resultaram em um relevante debate a respeito da extensão da cobertura dos serviços relacionados com o acesso aos direitos sociais. Logo, o reconhecimento do direito à saúde e a responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos da saúde possibilitaram a afirmação da célebre frase: "saúde para todos no ano 2000".

Inicialmente, é pertinente salientarmos o que, na época atual, vem se entendendo por *saúde*. Etmologicamente, a palavra *saúde* origina-se do latim *salus*, que significa são, inteiro, salvo, salvação, sendo que dessa palavra derivam: *saluus, solidus e soldus*, que exprime solda e soldado, ou seja, quer dizer o que é uma única peça, inteiro, completo[1]; já em suas origens gregas, o sentido desse termo é, entre outros, de inteiro, intacto, real. De modo que saúde como integridade não permite a fragmentação em física, mental e social; consequentemente, parte-se de uma concepção que, em tese, compreende a saúde como componente integrante de uma grande variedade de disciplinas. Ressalte-se que esta foi a ótica proposta na *Conferência Nacional de Saúde de 1988*, que adotou a extensa definição de saúde - como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, ócio, liberdade, oportunidade à posse de terra e acesso aos serviços de saúde -, já tinha em mente a sua natureza pluridisciplinar.[2]

---

1 ALMEIDA, Napoleão Mendes de. **Gramática latina**: curso único e completo. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 103,157, 184 e 292.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde: **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1988. p.11.

Nesta perspectiva, *Tambellini apud Augusto*[3] afirma que a saúde deve ser interpretada a partir de um conceito amplo, pois ela é um atributo da condição humana. Realmente, no decorrer do tempo, o estado de higidez tem sido exteriorizado de vários modos: ausência de doença; bem-estar biológico, psicológico e social; realização de potencialidade etc.; mas todos eles sempre procurando um valor ideal. Desse forma, a saúde, como condição fundamental ao desenvolvimento dos seres humanos, é interdependente das relações da convivência social historicamente determinada pela linguagem, política, técnica, processos econômicos e padrões de consumo. Então, a higidez é presidida por uma lógica complexa, que considera os fatos da natureza e da sociedade, como também reconhece os ideais de busca da plenitude, da beleza, do gozo e da dignidade humana.

Em suma, a interdisciplinaridade é sugerida para a saúde por possuir problematizações que levam a processos que envolvem princípios, valores e saberes advindos de várias disciplinas que lhes dão fundamentação, tais como a epidemiologia, a clínica, a sociologia, a política, a antropologia, a economia, entre outras. Certamente, esses processos tendem a originar novos métodos de análises e especializações, como também buscam introduzir instrumentos práticos para normatizar e planejar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.[4]

A *Saúde Pública*, como área de estudo e de ação, existe porque o ser humano tem uma natureza social e biológica; além disso, o homem organicamente considerado está sujeito às necessidades

---

3 AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde, ambiente e desenvolvimento: desafios para a saúde pública. In: MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. (orgs.). **Redes sociais e saúde**: Novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 93.

4 AUGUSTO, op. cit., p.99.

fundamentais (fisiológicas) e aos processos vitais cujas diferentes manifestações são sintetizadas pelos conceitos de saúde e de doença. Mas, ao longo de sua história, os seres humanos viveram em unidades sociais, experimentando todas as consequências desses aspectos biológicos para alcançar o bem-estar coletivo; sendo que tudo isso foi determinado principalmente pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis. Por essas razões, a história da saúde pública deve abordar dois ângulos: por um lado, reflete o progresso da ciência e da tecnologia médicas, pois a compreensão da natureza e da causa da enfermidade fornece uma base para o controle e ação preventiva; por outro lado, para à aplicação efetiva deste primeiro aspecto, é necessária, também, a participação de elementos não-médicos, notadamente os fatores econômicos e sociais.

Indiscutivelmente, é evidente a influência das relações política, econômica e social no desenvolvimento da saúde pública, haja vista que não pode haver um real entendimento da história desta saúde, sem a consequente compreensão dessas relações, devendo-se, portanto, considerar o período a ser analisado e sua situação contemporânea. Na verdade, o ponto principal da questão da saúde pública consiste no fato das doutrinas da liberdade econômica e do liberalismo político terem de ser analisadas em seus vários momentos; sendo que tal realidade não surgiu simplesmente devido ao aumento do sentimento humanitário ou da consciência social[5], pois a própria legislação sobre saúde e saneamento resultou de uma variedade de forças existentes na ordem socioeconômica.

---

5 ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.239 e 241.

Rosen[6] assinala a importância do movimento de 1848, que defendia a medicina como ciência social; de igual modo, ele destaca a contribuição das ideias de *Leubscher*, *Virchow* e *Salomon Neumann*, que apresentaram três princípios para fundamentar a medicina como ciência social: o primeiro deles afirma que a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; já o segundo enfatiza que as condições econômicas e sociais têm um efeito significativo na saúde e na doença, bem como recomenda que tais relações devem ser submetidas à investigação científica; e o terceiro preceito diz respeito a necessidade de serem tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, como também esclarece que as medidas relacionadas com tais ações devem ser tanto sociais quanto médicas. Segundo *Rosen*, a partir das características gerais deste último princípio, *Neumann* prepara o *Projeto de uma Lei de Saúde Pública*[7], que foi submetida à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões em 1849.

---

6 Ibid., p. 81, 82 e 85.

7 De acordo com este documento: I. A Saúde Pública tem como objetivos: 1. O saudável desenvolvimento físico e mental do cidadão; 2. A prevenção de todos os perigos relativos à saúde; 3. O controle da doença. A II. Saúde Pública deve preocupar-se com: 1. A sociedade como um todo, considerando as condições físicas e sociais gerais que podem adversamente afetar à saúde, tais como solo, indústria, comida e moradia; 2. Cada indivíduo, considerando as condições que o impedem de cuidar de sua saúde; sendo que estas condições podem ser divididas em duas categorias principais: a. condições, como pobreza e enfermidade, em que o indivíduo tem o direito de exigir assistência do Estado; b. condições em que o Estado tem o direito e a obrigação de intervir na liberdade pessoal do indivíduo no interesse da saúde, como no caso de doenças transmissíveis e doença mental. III. A Saúde Pública pode atender a estes deveres: 1. Providenciando um número suficiente de pessoal médico bem treinado; 2. Estabelecendo uma organização adequada de pessoal médico; 3. Criando instituições apropriadas para a saúde pública. Cf. ROSEN, 1979, p. 86.

Na última década do século passado, *Terris*[8] atualizou a tradicional definição de saúde pública, criada na década de vinte por *Winslow*, da seguinte maneira: "a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade". Assim, com esta reconstrução esse autor enfatizou quatro objetivos básicos para a teoria e a prática de uma Saúde Pública inovadora: profilaxia das enfermidades não infecciosas; prevenção das moléstias infecciosas; promoção da saúde; e melhoria da atenção médica e da reabilitação.

Porém, é relevante registrarmos que a instauração de uma "certa" ordem mundial na década oitenta do século XX, inspirada no neoliberalismo, ocasiona uma fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde; sendo que, particularmente os países de economia capitalista, que forçosamente optaram pelo "*Estado mínimo*" e pela redução dos gastos públicos como forma de saída da chamada "*crise fiscal do Estado*", em muito comprometeram o campo institucional conhecido como saúde pública, resultando em uma verdadeira "crise" neste setor. Por conseguinte, na busca da superação deste desequilíbrio conjuntural, são propostos vários aportes, cada um deles indicando a necessidade de novos paradigmas no âmbito da saúde pública. Nesse esforço, destacam-se as iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de reavaliar a "*Teoria e Prática da Saúde Pública*", chegando até a proposta de uma "*Nova Saúde Pública*" como parte do movimento de renovação da estratégia "*Saúde para Todos*"[9]. Do mesmo modo, é louvável o incentivo do Banco Mundial com

---

8 TERRIS, M. Tendências actuales em la salud pública de las Americas. In. **Organización Panamericana de la Salud**. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C. 1992. p. 185-186

9 **OPAS. Representação Brasil**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://opas.org.br/opas.cfm>. Acesso em: 26 Mar. 2006.

relação aos estudos das *"Prioridades na Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde"*. Logo, nessa abordagem é imprescindível a discussão da questão da *saúde no campo público,* bem como as propostas de ações que foram implementadas.

No decorrer do tempo, *a área da saúde vem passando por vários movimentos* envolvendo as práticas sanitárias advindas das diferentes articulações entre a sociedade e o Estado, que, por sua vez, determinam as respostas sociais às necessidades e aos problemas relacionados com a saúde. Nesse sentido, as fundamentações doutrinárias dos discursos sociais concernentes à saúde apareceram no século XVII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções com relação aos sujeitos.[10] Portanto, por um lado surge a higiene, entendida como um conjunto de normatizações a serem aplicadas na esfera individual e que produz um discurso sobre a boa saúde voltada ao aspecto moral; já por outro lado, aparecem propostas de uma política médica que estabelece a responsabilidade do Estado como definidor de ações, leis e regulamentos relativos à saúde no setor coletivo, sendo ele um agente fiscalizador da aplicação social, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política.

No século XIX, os países europeus vivenciaram a Revolução Industrial como um processo de grande relevância, visto que tal fato ocasionou um forte impacto nas condições de vida e saúde de suas populações. Então, a partir da organização das classes trabalhadoras, com o consequente aumento da sua participação política, principalmente nos países que alcançaram um elevado desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente foram inseridos temas relativos à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais daquela época. De forma que, entre 1830 e 1880, aparecem, nesses países,

---

10 FOUCAULT, 2004a, passim.; Id., 2004b, passim.

propostas de compreensão da crise sanitária como um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social.

Assim, o conceito de *Medicina Social* surgiu como resposta aos problemas de doenças originadas pela industrialização, pois havia toda uma preocupação com essa nova classe de trabalhadores das sociedades modernas. Mas, posteriormente, a medicina social passa a ser entendida em um sentido mais amplo, incluindo vários grupos sociais. Nessa ótica, *Foucault*[11] leciona que:

> [...] a medicina moderna é uma medicina que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; [...] Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa

---

11 FOUCAULT, 1984, p. 79-80; Ainda nessa mesma perspectiva, *Foucault* faz uma abordagem sobre a *medicina urbana*, com seus métodos de vigilância, hospitalização etc.; esse autor entende que medicina urbana não é mais que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos século XVI e XVII. Assim, a medicina urbana teria como objetivos analisar: os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença; lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos; o controle e o estabelecimento de uma boa circulação da água e o ar; a organização para com as fontes de água para beber e os esgotos; entre outras finalidades. FOUCAULT, 1984, p.89-91.

> no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. [...] É verdade que o corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho [...].

A Medicina Social foi inicialmente conceituada por *Jules Guérin* em um texto intitulado: *"Médicine Sociale"*, publicado na *Gazette Médicale* de Paris no dia 11 de Março de 1848; este artigo buscava superar as ideias de polícia médica, higiene pública e de medicina legal, teorias e práticas nas quais predominava o papel intervencionista do Estado. Desse modo, pela primeira vez procurava-se entender, por meio da denominação "medicina social", o campo que até então havia recebido diversas denominações. Saliente-se que, na origem da medicina social, foi importante a participação dos intelectuais e do formalismo da área médica, evidenciando as relações entre as condições sociais e os problemas de saúde, bem como destacando o papel fundamental da cidadania.[12]

Ao analisar a medicina social, *Rosen*[13] ressalta dois pontos importantes: o primeiro deles diz respeito à medicina social como ciência descritiva, pois ela investiga as situações sociais e médicas de grupos específicos, determinando as relações causais que existem entre estas condições; já o segundo se refere a medicina social como ciência normativa, haja vista que estabelece padrões para os vários grupos que estão sendo estudados, como também indica medidas que podem ser adotadas para atenuar as situações existentes e alcançar os padrões que foram estabelecidos. Continuando,

---

12 NUNES, Everardo Duarte. **Sobre a sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 19.

13 ROSEN, 1979, p. 138-139.

esse autor assevera que o alcance da medicina social pode ser delimitado através de três importantes aspectos sociológicos relacionados com a saúde: a comunidade, o valor social e a política social. Quanto ao primeiro ângulo, observa-se o interesse pela relação da saúde e da doença com as instituições comunitárias, sendo considerados os princípios étnicos e raciais, os padrões de vida e a situação socioeconômica de diferentes grupos; na situação da saúde como valor social, torna-se pertinente saber como este valor tem sido definido por várias comunidades, bem como é necessário reconhecer a natureza dos desejos e expectativas dos diferentes grupos em relação à saúde; com relação ao terceiro ponto, é enfatizado a relevância das pesquisas na formação das políticas sociais voltadas à saúde.[14]

Em síntese, postula-se nesse movimento que a medicina é uma política aplicada no âmbito da saúde individual, sendo que isso nada mais é que a aplicação da medicina no campo social. De fato, a participação política é a principal estratégia de transformação da realidade da saúde, na expectativa de que dos movimentos populares deveriam resultar democracia, justiça e igualdade, que são fatores importantes na determinação da saúde social.

No Brasil, um eixo temático considerado relevante à Medicina Social foi o estudo dos determinantes da organização social da prática médica, buscando a relação entre medicina e estrutura social, como também entre medicina e sociedade. Portanto, foram estudadas as articulações econômicas, políticas e ideológicas de atenção médica e sanitária na sociedade brasileira; a análise da política previdenciária; as formas de organizações capitalizadas da produção da assistência médica; a organização da prática médica e

---

14 PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4), p.302, 1998.

instituições de saúde; entre outros temas. De maneira simultânea, especialmente nos Estados Unidos e na Inglaterra, estrutura-se uma resposta para a problemática relacionada à ação do Estado no setor da saúde, constituindo o movimento conhecido por *Sanitarismo.*

Na saúde pública tradicional, os sanitaristas eram em sua maioria funcionários das recém-implantadas agências oficiais de saúde e bem-estar; sendo que tais especialistas, em geral, produziam um discurso e uma prática sobre as questões da saúde com bases na aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a ampliação de ações profiláticas (saneamento, imunização etc.), voltadas principalmente aos pobres e aos setores excluídos da população. Com o advento do paradigma microbiano nas ciências básicas da saúde, o movimento sanitarista ganha um grande impulso por meio de um processo de hegemonização, já então denominado de Saúde Pública; de forma que praticamente se redefinem as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde social no contexto do ocidente.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde[15] a principal característica do "sanitarista" seria sua capacidade de liderança, devendo os cursos de formação produzir líderes para o setor de saúde; logo, ele foi um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com imposição autoritária. Com efeito, tal comportamento revela um exemplo concreto da postura radical com que tem se posicionado a saúde pública diante de outros setores que compõem o campo; na época atual já existe, inclusive, uma pauta no sentido da extinção dessa especialidade, visto que o Estado, a sociedade e as equipes de saúde cumpririam com todas as tarefas relacionadas com a saúde da coletividade.

---

15 OPAS. Recursos humanos y sistemas locales de salud. Série **Desarrollo de recursos humanos**, 31. Washington, 1994. p.63.

No início do século passado, com o *Relatório Flexner*, surge, nos Estados Unidos, uma reavaliação das bases científicas da medicina, resultando na redefinição do ensino e da prática a partir de princípios de ordem tecnológica. Assim, com base no conhecimento experimental, advindo de pesquisas realizadas geralmente com doenças infecciosas, o *modelo de Flexner* enfatiza a separação entre individual e coletivo, privado e público, curativo e preventivo. Já no decênio de quarenta do século XX, como consequência do incremento de custos devido ao aumento da especialização e do melhoramento tecnológico da prática médica, desenvolvem-se, também nos Estados Unidos, ideias de implantação de um sistema nacional de saúde. Por outro lado, no âmbito educacional é proposta a abertura de departamentos de *Medicina Preventiva*, em substituição às Clássicas Cátedras de Higiene, capazes de atuar como veículos de difusão dos conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta, até então exclusivas das escolas de Saúde Pública[16]; por conseguinte, a noção de prevenção é redefinida, terminando por absorver a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo.

Saliente-se que, na década cinquenta no século XX, organismos internacionais ligados à área da saúde optam pela nova doutrina, levando a uma internacionalização da *Medicina Preventiva* como movimento ideológico, tendo em vista que, na Europa (França, Suécia etc.), são realizados vários Congressos promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS); já na América Latina, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saúde, aconteceram os Seminários de *Viña del Mar* (Chile) e de *Tchuacán* (México), entre outros eventos.[17]

---

16 LEAVELL, H. ; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p.28.

17 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 303.

Nos Estados Unidos, os anos sessenta do século passado foram marcados por grandes mobilizações populares devido a importantes questões sociais, como os direitos humanos, o racismo, a pobreza, o conflito do Vietnã etc. Logo, na esfera da saúde, organiza-se o movimento da *Saúde Comunitária*, também conhecido como *Medicina Comunitária*, com base na implantação de centros comunitários de saúde, com apoio do governo federal, sendo, em geral, administrados por instituições sem fins lucrativos e destinados a realizar ações preventivas, bem como a prestar cuidados básicos de saúde à populações residentes em áreas delimitadas.

Ademais, a ideia da saúde comunitária resgata parte das propostas da medicina preventiva, especialmente no que se refere às "ciências da conduta" (sociologia, antropologia e psicologia) aplicadas a problemas de saúde. Nesse caso, o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais destina-se não a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão organizacional em saúde, como no movimento anterior, mas sim, preocupa-se em possibilitar a integração das equipes de saúde nas comunidades consideradas problemáticas, através da identificação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde. Por esses motivos, o movimento da saúde comunitária consegue colocar em prática alguns princípios da saúde preventiva, porém privilegiando os setores sociais minoritários e deixando a desejar o aspecto social da assistência médica convencional.[18]

Desse modo, a fragilidade do movimento da saúde comunitária, devido principalmente ao distanciamento do sistema de saúde predominante no país de origem, é bem expressiva; e, mais uma vez, os organismos internacionais ligados ao setor da saúde procuram inserir a nova proposta ideológica, introduzindo o seu corpo

---

18 DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p. 61-63.

doutrinário às necessidades dos diversos ângulos de aplicação potencial. De fato, com o apoio da OMS, os princípios desses programas comunitários de saúde passam a enfatizar mais o plano da assistência simplificada, objetivando à ampliação da cobertura dos serviços para populações até então excluídas do cuidado à saúde, notadamente em zonas rurais, sendo dessa forma incorporados ao discurso das agências oficiais (secretarias, ministérios) de saúde.

Na América Latina, os programas de saúde comunitária foram implantados principalmente no Brasil, na Colômbia e no Chile, sob o patrocínio de Fundações norte-americanas e apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde. Registre-se que, há quase trinta e cinco anos (1977), a Assembleia Mundial de Saúde vem assumindo uma proposta política de ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, promovida pela OMS, reitera a saúde como direito do homem, sob a responsabilidade política dos governos; além disso, este evento estabelece a Atenção Primária à Saúde como estratégia de operacionalização das finalidades da "Saúde Para Todos – 2000", absorvendo assim alguns elementos da proposta da saúde comunitária. Mas, ressalte-se que já na década de oitenta do século passado, com a denominação atualizada de Silos[19] (Sistemas Locais de Saúde) e dentro de um

19 Sobre os *Sistemas Locais de Saúde*, a socióloga e historiadora *Regina Bodstein* apresenta um importante trabalho com relação aos Serviços Locais de Saúde. Assim, essa autora procura demonstrar que o nível local é um espaço privilegiado para a constituição dos atores; por conseguinte, coloca tais sistemas como uma arena de responsabilidade social, de construção de cidadania, de expressão de conflitos, consensos e referências concretas para programação e avaliação da atenção à saúde. Enfim, por meio de um enfoque micro-institucional, expressa, através de teorias intermediárias e trabalhos empíricos, a complexidade presente nas estruturas, processos e representações locais.

modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção, o discurso da saúde comunitária integra-se às iniciativas de reforma setorial da saúde nos países em desenvolvimento.[20]

No estudo das *Ciências Sociais no campo da Saúde*, observa-se, no caso particular da Sociologia, a ausência de uma tradição clássica para a esfera da saúde, quando comparada a determinados temas das áreas constitutivas das ciências sociais, tais como religião, política, modos de produção, dentre outros processos sociais básicos; de forma que os primeiros teóricos da sociologia achavam que a medicina não era uma instituição que expressasse a estrutura e a natureza da sociedade. Nessa discussão, cumpre salientar que a denominação *Sociologia Médica* surge nos Estados Unidos no final do século XIX, mais especificamente em 1893, através de um trabalho de *McIntire*, que tratava das preocupações acadêmicas relacionadas com as leis que regulavam as vinculações entre a profissão médica e a sociedade, tendo como objetivo verificar as explicações sociológicas sobre as relações entre a instituição e a linguagem médica, seus pacientes e a comunidade em geral.

Com efeito, a sociologia médica fez com que a sociedade compreendesse a relevância das relações entre os profissionais da área médica e os doentes, situações nas quais estão imbricadas questões de ordem econômica, institucional, moral e de classe. Portanto, foi assim que trabalharam os pioneiros, tais como *Henderson*, em 1935; *Hall*, de 1948 a 1949; *Parsons*, em 1951; *Sigerist*, de 1929 até 1960; entre outros. Este último autor trouxe uma reflexão bem abrangente quanto à definição de sociologia médica, pois recepciona a ideia de que a medicina não pode se considerar apenas como uma aplicação biológica, haja vista que sua matriz, que é o ser humano,

---

BODSTEIN, Regina C. de A. (org.). **Serviços Locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

20 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 305.

é histórica, social, política e econômica. Já *Sigerist* se preocupou com as diferenças de pensar a saúde nos campos da medicina e da sociedade; logo, no primeiro caso, a doença é o objeto principal, enquanto que no segundo, o fundamento filosófico se dirige para as questões de higiene e equilíbrio do corpo e do espírito, da nobreza e da beleza, em uma inspiração baseada no mundo grego.[21]

Para *Martins*[22], a relação entre sociologia e os estudos sobre a saúde afirma-se a partir de dois aspectos, sendo o primeiro deles no âmbito sociológico, enfatizando a compreensão da saúde como um fenômeno social, isto é, um fato resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade; já o outro ângulo se exterioriza nos campos da antropologia médica e de algumas disciplinas das ciências da saúde, tais como a epidemiologia, a medicina social e a clínica social.

Na Europa e na América do Norte, um aspecto digno de destaque, no desenvolvimento de uma sociologia voltada à saúde, foi o término da Segunda Grande Guerra. Realmente, nos Estados Unidos, apesar de haver antecedentes importantes, somente depois da década de cinquenta do século passado é que se caminha no sentido de uma produção regular no que se refere à medicina e à sociedade; considerem-se, por exemplo, os estudos sociológicos conduzidos por *Talcott Parsons* e *Erving Goffman*, entre outros autores norte-americanos.

Na América Latina, são destacados os trabalhos de *Everardo Nunes,* que enfatiza a influência da sociologia americana e o esforço para se criar um pensamento autônomo adequado à realidade da região. Um outro importantíssimo pesquisador latino-americano é

---

21 NUNES,1999, p. 153-154.

22 MARTINS, Paulo Henrique. "Introdução". **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. In: Martins, Paulo Henrique; FONTES, Breno. (orgs.). Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 9.

Juan César Gárcia, que desenvolveu investigações desde o decênio de sessenta até o início dos anos oitenta do século XX, quando veio a falecer. Os textos deste cientista social abordam os seguintes temas: a localização da medicina na estrutura social, como também a influência desta na produção e distribuição da doença; análise da estrutura interna da produção de serviços médicos; os processos de atenção e cuidados médicos; entre outros. Mas, uma das grandes contribuições deste autor é que ele evidencia a crise que está ocorrendo no campo das ciências sociais aplicadas aos problemas médicos, especialmente, relacionada com as limitações explicativas, com os desvios ideológicos e com a fragmentação da realidade estudada, situações estas que foram herdadas da corrente Funcionalista e que estariam fundamentando teoricamente essa área do conhecimento.[23]

De maneira que, na América Latina, as ciências sociais e, em particular, a sociologia, projetaram-se entre as décadas de trinta e cinquenta do século passado, quando ocorreu a emergência de uma preocupação com a saúde, embora apresentem desenvolvimentos separados; sendo que foi nesse período que parte da burguesia realizou um grande esforço no setor da industrialização, com repercussões no desenvolvimento capitalista e na modernização social.

Logo, o surgimento de um pensamento social em saúde está diretamente relacionado com as problemáticas socioeconômica, política e ideológica, bem como com as tradições culturais e intelectuais de cada época; mas, na história do pensamento social da América Latina, houve uma grande influência europeia, com uma fase de filosofia moral, seguida, após a independência das

---

23 GARCIA, Juan César. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. In: NUNES, Everardo Duarte. (org.). **As ciências sociais em medicina**. São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez – Abrasco, 1989. p. 52-53 e 60-61.

colônias, pela absorção das ideias de várias correntes, tais como o Humanismo, o Ecletismo etc. Portanto, no final do século XIX, o Positivismo torna-se, em muitos países, como Brasil e México, doutrina oficial, porém havendo, igualmente, outras correntes contrárias, desenvolvendo uma sociologia marginal; sendo neste mesmo período e início do século XX que é institucionalizada a sociologia, por meio da implantação de cátedras em diversos lugares: Colômbia, 1882; Argentina, 1897; México, 1900; entre outros. No Brasil, a criação da sociologia ocorre no terceiro decênio do século XX, mais precisamente em 1933, com a Escola Livre de Sociologia e Política, em São Paulo; e, em 1934, com a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, da Universidade de São Paulo.[24]

Contudo, cumpre ressaltar que, na América Latina, entre as décadas de trinta e quarenta do século passado, evidenciou-se alguma preocupação com os problemas sociais na área da saúde, mas somente a partir dos anos setenta, tornou-se tema de pesquisa do ensino de pós-graduação. Nessa perspectiva, existem alguns antecedentes que são dignos de nota, como é o caso do estabelecimento de convênios bilaterais entre o governo dos Estados Unidos e vários países latino-americanos, isto em 1942, momento em que havia grande interesse pelos temas da saúde. Um outro fato significativo pode ser encontrado nos trabalhos desenvolvidos pelos antropólogos em seus estudos sobre os aspectos socioculturais no âmbito dos serviços de saúde, como é o caso das pesquisas realizadas, no Brasil, por *Charles Wagley*, de 1939 até 1946; *Kalervo Oberg*, já nos anos cinquenta do século XX[25]; entre outras análises. De modo igual, em vários países latino-americanos, os primeiros cientistas sociais a se inserirem na área da saúde foram os antropólogos; porém, a tentativa de introduzir as ciências sociais na saúde,

---

24 NUNES, 1999, p. 156.

25 Ibid., p. 157.

de forma mais sistemática, somente irá acontecer nos anos sessenta do século passado, quando se estabelece uma crítica com relação ao modelo biomédico orientador da formação médica.

Nessa discussão, um outro fato que justifica as novas preocupações com os estudos sobre saúde e sociedade é o Projeto Preventivista Latino-Americano, iniciado nos anos cinquenta do século antecedente, que se discute a reforma do ensino médico. Essa proposta ideológica, procurava-se, ao criticar o biologismo inerente ao ensino, com base em práticas individuais e centradas na estrutura hospitalar, fornecer uma visão mais completa do indivíduo, acrescentando novos conhecimentos; logo, tratava-se da integração entre o indivíduo, nos planos biológico, psicológico e social, e a ciência médica, destacando-se a medicina de família vinculada ao plano da comunidade.

Ainda nessa trajetória, a partir dos anos setenta do século passado, começam a ocorrer importantes eventos no campo das ciências sociais em saúde; sendo que, neste período, já se observava a insatisfação com os modelos de ensino na área das ciências sociais aplicadas à saúde, bem como evidenciavam-se críticas no uso da história da doença e na utilização de uma literatura basicamente da corrente *Funcionalista*, que era, de certa forma, limitada para a compreensão de uma sociedade subdesenvolvida. Diante de tal realidade, alguns seminários são realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde, em particular, o realizado em Cuenca (Equador), em 1972; deste encontro, parte a proposta de um modelo alternativo que deveria considerar as relações entre o conceito e as ações de saúde, e entre os modos de produção de saúde e as formações socioeconômicas. Então, nos anos setenta do século XX, verifica-se a ênfase na abordagem teórica advinda do *Materialismo Histórico*, que traduz o aspecto distintivo das ciências sociais em saúde na América Latina.

Mercer[26] destaca que desde a segunda metade dos anos setenta até 1980, as ciências sociais em saúde passam por um período de "*identidade e legitimação*", sendo esta uma fase de inquietação teórica, visto que, ao lado do pensamento *Marxista,* há a corrente *Estruturalista*, representada por *Michel Foucault, Claude Lévi-Strauss,* entre outros; além do mais, várias discussões voltam-se para a área da psiquiatria, principalmente nos textos de *Robert Castel, David Cooper e Franco Basaglia*. Certamente, as ocorrências dessa época não podem ser afastadas da criação dos cursos de pós-graduação em Medicina Social. Quanto à produção científica propriamente dita, é pertinente ressaltar que alguns trabalhos brasileiros marcaram esse período, sendo que parte desta produção irá tratar das relações entre medicina e sociedade, programas de saúde, medicina estatal etc.

Feitas essas considerações, enfatizamos que é no final dos anos setenta do século XX que irá concretizar-se a crise, que teve início no meado dessa época, na medida em que é evidenciada uma inclinação recessiva da economia dos países latino-americanos, com o agravamento da inflação, como também com o aumento da dívida externa e do desemprego. Assim, é com a crise fiscal refletindo negativamente nos níveis de saúde que foi desencadeada uma revisão das posições diante deste setor. No plano internacional, instala-se o discurso da *Atenção Primária* no campo da saúde; já no âmbito nacional, vai havendo um posicionamento com relação a problema sanitário, com a integração dos vários segmentos que tratavam da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública. Ainda nos anos setenta, são formadas duas organizações que serão fundamentais no estabelecimento dos movimentos

---

26 . MERCER, H. Las Contribuciones de la sociologia a la investigación em salud. In: NUNES, E.D. (org.). **Ciências sociales y salud em América Latina**: tendências y perspectivas. Washington: DPS, Montividéu: Ciesu, 1986. p.226.

acadêmicos e políticos na saúde: o *Cebes* (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde), que surge em 1976; e a *Abrasco* (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979. Contudo, ao lado dos fatores estruturais e políticos, que foram fundamentais para se repensar as questões da saúde, há também os financeiros, que muito significaram para o desenvolvimento da pesquisa, como foi o caso da *Finep* (Financiadora de Estudos de Pesquisas), que vem possibilitando alguns estudos sobre saúde por meio tecnológico e científico.

Em resumo, nos anos setenta do século XX, evidenciou-se uma forte integração que, por sua vez, possibilitou que as ciências sociais tomassem a saúde como eixo temático; sendo que tal processo é caracterizado tanto pela preocupação teórica quanto pela institucionalização da formação através da pós-graduação e pelo financiamento à pesquisa. Logo, o desenvolvimento da política científica envolvendo agências de financiamento favoreceu a expansão da área da *Saúde Coletiva* desde a segunda metade do decênio de setenta do século passado.

Para *Nunes*[27], o termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, provenientes das áreas de saúde pública e da medicina preventiva e social, procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social. De fato, o movimento político-ideológico de sanitaristas brasileiros na luta pela democracia, isso nas décadas de setenta e de oitenta do século XX, foi criado principalmente na militância da esquerda e com orientação do ex-Partido Comunista Brasileiro, trazendo toda uma perspectiva de uma nova dimensão do saber para trabalhar a saúde pública, que ficou conhecida como Saúde Coletiva. De maneira

---

27 NUNES, E.D. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.56, 1996.

que se trata de um campo de conhecimento e de práticas que se fazem a partir de uma visão comprometida socialmente com a vida; sendo que tal concepção evoluiu teoricamente, recebendo contribuições de várias disciplinas, que se integraram para conhecer profundamente o processo saúde-doença, objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde no plano coletivo, considerando seus aspectos socioculturais, históricos e políticos.[28]

Então, ao lado do reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas com a questão da saúde, surgem as preocupações de conferir maior organicidade quanto à formação de pessoal no nível de pós-graduação, bem como com relação à produção de conhecimentos e à formulação de políticas voltadas para a esfera da saúde, no propósito de procurar reunir distintos profissionais, pertencentes ao tradicional espaço institucionalizado da Saúde Pública e das áreas acadêmicas de Medicina Preventiva, Medicina Social etc. Com efeito, sob a Saúde Coletiva procurava-se agrupar diferentes correntes de pensamento e práticas: a Medicina Social e Preventiva, como também as tendências racionalistas, nas suas formas representadas pela Saúde Pública institucionalizada, tanto na sua versão Sanitarista quanto na sua expressão vinculada aos programas de extensão da cobertura e à assistência médica no âmbito previdenciário.[29]

Enfim, por tudo isso que foi exposto, o campo de conhecimento da saúde coletiva ainda não é precisamente estabelecido, notadamente quando se tenta determinar especificamente o seu objeto; neste sentido, os próprios profissionais desse setor, em suas

---

28 AUGUSTO, L. G. S., op.cit., p.94; Nesse sentido, v.tb. CANESQUI, Ana Maria. As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In:____ (org.). **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995. p.26.

29 CANESQUI, 1995, p.26.

análises e discussões, defrontam-se com inúmeras concepções e se recusam a delimitar o objeto da saúde coletiva, tendo em vista que, necessariamente, deparam-se com uma multiplicidade de objetos e áreas de saber, desde as ciências naturais até as sociais.

Paim e Almeida Filho[30] asseveram que a saúde coletiva pode ser entendida como campo científico e de práticas: a primeira situação diz respeito à produção de saberes e conhecimentos com relação ao objeto "saúde", evidenciando-se a participação de distintas disciplinas; já com o segundo campo, a saúde coletiva se refere à realização de ações em diferentes organizações e instituições, produzidas por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço reconhecido como "setor saúde". Em seguida, esses autores esclarecem que:

> Originalmente, o marco conceitual proposto para orientar o ensino, a pesquisa e a extensão em saúde coletiva; no caso brasileiro, foi composto pelos seguintes pressupostos básicos: a) A Saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade; b) As ações de saúde (promoção, proteção, recuperação, reabilitação) constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais; c) O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social, e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, como também

30 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.308-309.

> o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações [...]. d) O conhecimento não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

Diante desta explanação, observamos que o desenvolvimento da saúde coletiva, enquanto área de saber e campo de práticas, nos últimos anos, vem dando novos significados a alguns desses pressupostos, como é o caso da definição do "objeto" apresentada, sugerindo o entendimento da saúde coletiva como ciência ou disciplina científica. Mas, trabalhos mais recentes, nos contextos teórico e epistemológico, apontam a saúde coletiva como um campo interdisciplinar e não propriamente como uma disciplina científica, muito menos uma ciência ou especialidade médica.[31] Além disso, é importante salientar que na constituição da saúde coletiva são também considerados os diálogos com a saúde pública e com a medicina social, como vem se verificando nas duas últimas décadas do século passado, possibilitando então uma delimitação, mesmo que provisória, dessa área científica, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas.

Em outros termos, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, como um processo social; investiga a produção e distribuição das enfermidades na sociedade em uma perspectiva de produção e reprodução social; analisa as práticas da saúde na sua articulação com as demais ações sociais;

---

31 Nesse sentido, ver: CANESQUI, 1995, p. 26 e 31-33.

enfim, procura compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, buscando sua explicação e se organizando para enfrentá-los.[32]

Nesse contexto, é relevante destacar que, em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, evidencia-se, desde os decênios de oitenta e de noventa do século passado, um trabalho de elaboração de novas teorias, abordagens e métodos da epidemiologia e da planificação em saúde; além de pesquisas buscando a aplicação de métodos das ciências sociais na área da saúde coletiva. Assim, a partir desse interesse por uma nova construção teórica, tem surgido novos objetos de conhecimento e de intervenção, como são os casos da comunicação social em saúde e da vigilância em saúde; de modo igual, ressalte-se o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde coletiva, por meio de contribuições nos setores de *Políticas e Práticas de Saúde, Epidemiologia Social e Planificação em Saúde*, bem como de *Epistemologia e Metodologia em Saúde*.[33]

Na segunda metade da década de noventa do século XX, várias análises foram realizadas no sentido de delimitar o campo de estudo da Saúde Coletiva, sendo que dentre as abordagens presentes na literatura, puderam-se identificar algumas propostas para a determinação específica do objeto de conhecimento da Saúde Coletiva: uma delas é de caráter conjuntural; já uma segunda assume a identidade da Saúde Coletiva e Medicina Social; e em uma outra, a Saúde Coletiva surge como campo de conhecimento diretamente relacionado com a prática política do Movimento Sanitário.[34] Logo, tais concepções identificam as ciências sociais com distintos níveis de abrangência: um bem

---

32 PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309.

33 FLEURY, S. **As ciências sociais em saúde na América Latina:** tendências e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1985. p.93-94.

34 CANESQUI, 1995, p. 28-32.

restrito e instrumental, de forma que as ciências sociais se reduzem ao plano específico das políticas de saúde; um segundo, também bastante limitado, na medida que conecta as ciências sociais à dinâmica e agenda do movimento sanitário; já o terceiro é bem abrangente, pois toma as ciências sociais como constitutivas do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, nas suas interfaces interdisciplinares; além de outras perspectivas que surgiram na Saúde Coletiva nesse mesmo período.

No entender de *Carvalho*[35], a saúde coletiva, ao introduzir o social ao pensamento sanitário:

> [...] tendeu a fazê-lo segundo cânones objetivistas preconizados pela escola estruturalista e pela tradição marxista: a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos – no Estado, no partido, nas organizações classistas e comunitárias [...].

Sem dúvida, concordamos com *Carvalho* quando ele destaca a tendência do saber dominante, na saúde coletiva, em subestimar a relevância dos sujeitos na participação da vida cotidiana e institucional. De fato, tal evidência é digna de nota, apesar de renomados autores[36] haverem divulgado pesquisas em que a saúde pública surgia como construção histórica e o exercício profissional como prática social.

---

35 CARVALHO, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis - saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n. 1, 1996. p. 105-106.

36 Cf. DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976. Passim; TESTA, M. **Pensar em salud**. Buenos Aires: Lugar editorial, 1993.Passim.

Em última análise, seria pertinente reconhecer a propensão natural da saúde coletiva em confundir-se com toda a área da saúde, haja vista que para alguns cientistas sociais, ela se constitui em uma espécie de discurso supostamente capaz de criticar e reconstruir saberes e processos concretos de produção de saúde; de modo que ela forneceria explicações autossuficientes sobre saúde, doença e intervenção. Já por outro ângulo, a ideia constitutiva da saúde coletiva teria uma predisposição em aceitar e valorizar a determinação social dos processos saúde e doença, em detrimento dos fatores de ordem subjetiva e biológica; nesta hipótese, a saúde coletiva é reconhecida como um novo paradigma ou mesmo como um modelo alternativo aos demais[37].

Entretanto, observamos que o procedimento dominante na medicina é desautorizar, em princípio, todo o saber e prática sobre saúde produzidos fora de sua própria racionalidade; se bem que, ao acompanhar tal crítica, verificamos que a saúde coletiva tende a adotar, de igual modo, a mesma postura totalitária e disciplinar. Mas, em sentido contrário, diversos cientistas sociais defendem que a epidemiologia e as ciências sociais explicariam o processo saúde/doença e fundariam um novo "*paradigma*", com um modo de intervenção na realidade que superaria todos os outros existentes;[38] em conformidade com esta perspectiva, a saúde coletiva seria quase um novo modelo. Com efeito, alguns autores[39] dessa área já chegaram, inclusive, a anunciar o aparecimento de um "novo paradigma" da promoção da saúde que superaria a influência do padrão clínico na organização dos serviços e práticas. Nesse prisma, o modelo

---

37 CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, 2000. p. 222.

38 Ibid., p. 222.

39 Cf. MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993. Passim.

chamado de vigilância em saúde, por exemplo, proclama-se vinculado a um novo paradigma, o da promoção à saúde, entendendo que a introdução do social no contexto da análise dos processos saúde/doença criaria práticas distintas daquelas baseadas na história natural.

Após essas reflexões, cumpre ressaltar que os efeitos da afirmação do paradigma da promoção à saúde sobre a sociologia aparecem com as mudanças institucionais e políticas representadas pela Atenção Básica e pela Vigilância à Saúde.[40] No Brasil, o movimento da Saúde Coletiva teve papel decisivo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por ocasião da promulgação da Constituição Federal de 1988. Certamente, o surgimento de serviços como o Programa de Saúde da Família (PSF), os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), entre outros, representam fatos que indicam para uma certa flexibilidade e consequente receptividade por parte da cultura médico-hospitalar com relação às implicações sociais da prática da saúde.

Finalizando, é importante registrar que, a partir dos anos oitenta do século XX, a variedade de perspectivas teóricas é bastante evidente, tomemos como exemplos os trabalhos utilizando os conceitos de *campos e habitus,* na teoria desenvolvida por *Pierre Bourdieu*; a análise do discurso de *Michel Foucault* sendo considerada em recentes estudos; *Clifford Geertz* será referência para as pesquisas sobre os aspectos simbólico e cultural das práticas médicas etc.

Na época atual, podemos destacar alguns assuntos relevantes no encaminhamento da produção em ciências sociais no âmbito da saúde, como é o tema das *Políticas de Saúde*, área que apresentou grande desenvolvimento, salientando-se o trabalho da

---

40 MARTINS, P.H.; FONTES, B. (org.) **A sociologia e a saúde: caminhos cruzados**. [S.l.:s.n.], 2004, p.12.

Regina Bodstein[41], que trata do predomínio que teve a tradição *Marxista* e a escola *Estruturalista* no estudo da questão do *Estado* e das *Políticas de Saúde*; sendo que esta autora enfatiza que um dos principais problemas a enfrentar reside na articulação entre o macro e o microssocial, associado ao resgate do significado dos atores coletivos e de novas identidades que se constroem durante o processo. De modo igual, uma matéria de extrema relevância é a abordagem quanto ao *Conceito Saúde/Doença,* que vem sendo reiteradamente analisado por vários estudiosos. No que se refere ao tema, *Maria Cecília Minayo*[42] enfatiza que o campo das representações sociais sobre saúde/doença pode ser analisado em três vertentes: como expressão social e individual; como manifestação de contradições sociais; e como campo de luta política; em síntese, esta autora entende que a saúde/doença, enquanto fenômeno social, tem seu esquema interno de explicações a partir de um marco referencial de especialistas, mas também compõe o quadro da experiência do dia a dia, que se revela através do senso comum.

Recentemente, alguns pesquisadores vêm adotando teorias que destacam a construção das identidades, bem como valorizam a subjetividade, o imaginário e os fenômenos da cultura, em si mesmos ou como instâncias mediadoras entre as estruturas/sistemas e a ação social.[43]

---

41 BODSTEIN, R.C.A. Políticas de serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A.M. (org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1997. p. 219-220.

42 MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989. p. 193-194.

43 NUNES, 1999, p. 165.

Concluímos este Capítulo, compreendendo que o campo das ciências sociais em saúde, no Brasil, reflete tradições intelectuais, como também está diretamente relacionado com as várias reordenações pelas quais passaram as práticas médicas e de saúde. Mas, sem dúvida, uma forte conotação política esteve presente na construção de uma ciência social latino-americana, tendo, por conseguinte, repercutido bastante no setor da saúde. Além disso, é possível afirmar que praticamente todas as áreas de conhecimento científico vêm contribuindo para o campo da saúde no contexto das ciências sociais, sobressaindo-se o envolvimento mais direto dos profissionais da saúde com as questões políticas. De forma que procura-se uma reativação da análise histórica das doenças e da organização sanitária, objetivando uma reavaliação das bases teóricas no setor do planejamento em saúde. De fato, reergue-se a discussão da saúde com os novos dilemas advindos dos avanços tecnológico e científico, especialmente no âmbito das questões *bioéticas*, como são os casos da *doação de órgãos para fins de transplantes, do aborto, da utilização de células-tronco embrionárias, da reprodução assistida etc.*

Capítulo 5

O Sistema de Saúde Brasileiro

Genealogia Institucional

No decorrer da história, os avanços e conquistas no campo dos direitos sociais foram alcançados juntamente ao exercício político da democracia, sendo que esta consolidação entre nós parece não ter alcançado a dimensão social da cidadania. Contudo, esses direitos modernos devem ser compreendidos como decorrência dos movimentos de ampliação dos próprios limites da cidadania, em torno daquelas esferas e relações sociais que a sociedade procura colocar fora das leis do mercado.

Com relação ao setor de saúde, o processo de massificação do atendimento médico, bastante evidenciado nos setores urbanos na década de setenta do século XX, é visto como uma necessidade às exigências econômicas do momento; consequentemente, ocorreram várias conexões e influências da economia, do mercado de trabalho e do mecanismo de acumulação de capital sobre os aspectos institucionais dessa área. Mas, as análises críticas que surgiram nesse período acabaram por negar a complexidade que marcou o processo

de inclusão de assistência médica na agenda pública, pois, em geral, os serviços médico-hospitalares respondiam a uma demanda social legítima e, dessa maneira, um direito da população ficava subsumido diante de uma interpretação unilateral das políticas de saúde. Então, foi bastante comum considerar, a partir dessa interpretação, a expansão dos cuidados médicos como uma tentativa de remediar o agravamento das condições de vida e saúde da população.

Na década de oitenta do século passado, com a consolidação de espaços institucionais mais democráticos e participativos, no Brasil é verificado um grande crescimento dos programas e benefícios sociais; porém, a complexidade administrativa destes, juntamente com os diversos interesses envolvidos no processo decisório, passam a exigir uma maior análise no que diz respeito à dimensão da cidadania.

Realmente, com a conquista e extensão do direito social à saúde, os serviços médicos transformaram-se em bens de consumo coletivo, inscrevendo-se, então, no elenco dos direitos fundamentais estabelecidos na Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a célebre frase: "*saúde como direito de cidadania e dever do Estado*", tão utilizada pelo *Movimento da Reforma Sanitária*, reafirma, entre outras dimensões, *o direito da população à assistência médica*. Entretanto, é importante ressaltar que não foi intenção do projeto sanitário reduzir a saúde à dimensão assistencial, médica, curativa e individual; visto que, muito pelo contrário, a denominada ampliação da concepção da saúde incluindo inúmeras práticas, vivências, sentidos, percepções e necessidades foi suficientemente clara no pensamento da saúde coletiva no nosso país.

Em geral, nas sociedades capitalistas modernas, a saúde transformou-se em um bem de consumo diretamente associado à disponibilidade de recursos médicos; assim, o conceito de saúde expresso no *Movimento de Renovação do Projeto Sanitário* acaba por diluir a dimensão propriamente assistencial da política de saúde.

Nessa ótica, o vigente texto constitucional brasileiro significa um grande avanço no que se refere a uma concepção ampla de seguridade social, diferente daquela anteriormente prevalecente, entendida como um seguro social e se resumindo as formas de benefícios e prestações de serviços bem específicos. Portanto, a atual noção de seguridade social procura alcançar um conjunto de ações visando garantir o acesso à saúde e à previdência e assistência sociais, reiterando estes direitos como universais.

De fato, é indiscutível a evolução da atual Carta Magna com relação aos direitos sociais e especialmente à saúde. Contudo, impõe-se agora superar tradicionais *dicotomias*[1] no setor de saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não-carente, a assistência médica previdenciária e a não-previdenciária e, enfim, entre o discurso e a prática das políticas de saúde.

Em conformidade com o que foi apresentado, um questionamento básico que se coloca na conjuntura contemporânea consiste em indagar até que ponto os diferentes setores sociais, principalmente os segmentos mais pauperizados da nossa sociedade, alcançam a real amplitude do art. 196 da atual Constituição Federal – "A saúde é um direito de todos e dever do Estado" – ou fazem uma leitura reducionista do texto constitucional, entendendo a saúde como mera assistência médica. Logo, impõe-se reconsiderar o que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira, em termos de limites e potencialidades de uma efetiva aplicabilidade do direito social à saúde.

---

1 Encontramos uma excelente abordagem sobre essas "*dicotomias*", no trabalho da professora *Amélia Cohn*, cujo capítulo intitulado "As heranças da saúde: da política da desigualdade à proposta de equidade", traz uma síntese das dicotomias dentro do setor de saúde no Brasil. COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviços**. 3.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2002. p.14-22.

Nesse sentido, é pertinente lembrar que a ação do Estado no âmbito da política social não tem acarretado alterações objetivando o pleno reconhecimento da cobertura social como direito de todos, responsabilidade coletiva e obrigação irrecusável do serviço público. De modo que não rompe com a concepção segundo a qual o direito da cidadania é visto como privilégio de uns poucos e concessão do Estado; e, por conseguinte, não supera a principal característica da relação entre Estado e classes populares: o reconhecimento de um modelo de "*cidadania regulada*".[2] Em outras palavras, resulta em um processo no qual os próprios direitos da cidadania ficam sujeitos ao controle da administração burocrática, que estabelece condições básicas, distinguindo quem tem ou não direitos, a partir de critérios que vão desde a regulamentação das profissões até a existência da carteira de trabalho e a filiação a um sindicato. Então, a "*cidadania regulada*" traduz a vinculação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação, reconhecendo-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações admitidas e definidas por lei.[3]

Ressalte-se que o sistema previdenciário surgiu como uma nova estratégia de intervenção do Estado, tendo, inclusive, sido concebido o projeto de centralização administrativa dos órgãos previdenciários; sendo que o regime militar ficou responsável pela reformulação de toda a estrutura institucional, administrativa e financeira da previdência social, possibilitando então a unificação dos benefícios e sua posterior ampliação, como também permitiu a inclusão de novos segmentos da população. Nessa ação do Estado, a grande dimensão da estrutura administrativa de *proteção social*, na qual a previdência estava inserida, evidencia o uso privatizado

---

2 SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. p.74-78.

3 SANTOS, 1979, p. 79.

do sistema, com predomínio de grandes grupos privados, redefinindo internamente as políticas setoriais. Assim, foi essa particular associação entre estatismo e privatização que possibilitou ao regime militar fazer gestões de demandas sociais de grande porte, tais como: habitação, saneamento, assistência médico-hospitalar, entre outras, aumentando bastante a oferta desses bens e serviços.

Sem embargo, o regime militar conseguiu a expansão dos benefícios previdenciários e ampliou o volume dos serviços prestados; mas, no caso da assistência médica, esta questão foi "pensada como uma atribuição central e permanente" das instituições previdenciárias desde sua origem, assumindo, após a década de trinta do século passado, uma posição subordinada.[4]

Em suma, as políticas de saúde, no Brasil, exteriorizam-se pelo seu vínculo com as políticas da previdência social, especialmente no que se refere à sua forma de financiamento a partir da contribuição do empregado e do empregador; portanto, em nosso país, o acesso à assistência à saúde como um direito típico das classes assalariadas foi sempre vinculado à previdência. Além do mais, a organização do setor de saúde, em consequência dessa relação, apresentou um processo de privatização das atividades de assistência médica que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela estrutura previdenciária, tendo isso acontecido já no decênio de vinte do século passado. Consequentemente, reconstruir o percurso do sistema de saúde até o momento atual implica em rastrear a formação do modelo de proteção social brasileiro, enfatizando as suas principais características nos diferentes momentos históricos, bem como analisando a sua articulação com as políticas públicas.

---

4 OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **A (im)previdência social** (60 anos de história da previdência no Brasil). Petrópolis: Vozes, 1986. p.90-91.

No Brasil, a intervenção do Estado na área do seguro social para assalariados urbanos do campo privado teve início em 1919, com a instituição do *Seguro de Acidentes do Trabalho*. Já na década de vinte do século XX, houve a criação das *Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)*, sendo esta a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. Assim, as CAPs foram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tendo como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes; ademais, elas eram consideradas entidades públicas com ampla autonomia com relação ao Estado e sua administração era através de representação direta de empregados e empregadores, com uma finalidade exclusivamente assistencial, ou seja, benefícios em pecúnia e prestação de serviços.

Com efeito, os recursos das CAPs tinham origem na contribuição compulsória de empregados, de empregadores e da União; sendo que o Estado instituiu e normatizou essa forma de seguro social, mas não participava diretamente do seu gerenciamento. De maneira que foi nesse período a definição dos principais aspectos que caracterizam até os dias de hoje o sistema previdenciário brasileiro.

No decênio de trinta do século passado é evidenciada, no Brasil, a formação dos *Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)*, que foram responsáveis pela institucionalização do seguro social, através da fragmentação das categorias assalariadas urbanas por inserção nos setores de atividade econômica (marítimos, comerciários, bancários, industriários, entre outros). Esses institutos, agora transformados em autarquias, passam a ser administrados pelo Estado, com o mesmo modo de financiamento das CAPs, apenas com a diferença de que a contribuição patronal a ser paga era calculada com base no salário pago. Durante o período de 1933 a

1938, as CAPs foram unificadas e absorvidas pelos IAPs, sendo estes juridicamente concebidos como entidades públicas[5]; contudo, os IAPs continuaram convivendo ainda por vários anos com as CAPs, remanescentes em várias empresas, permanecendo essa situação até 1966, quando todo o sistema previdenciário é unificado no *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*.

Mas, no que tange ao modo de funcionamento, verificou-se um retrocesso dos IAPs com relação às CAPs, tendo em vista que a partir de então a contribuição dos empregadores, que era um percentual sobre o faturamento da empresa, passa a ser calculada levando em consideração a sua folha de remuneração de trabalho prestado; logo, a receita dos institutos ficou diretamente vinculada aos salários.[6] Saliente-se que tal situação só foi equalizada com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu no inciso I do art. 200 que a contribuição dos empregadores deve incidir sobre o faturamento, o lucro e a folha dos salários, resgatando de certo forma o modelo das CAPs.

Com os fenômenos de industrialização e urbanização, foram verificadas inúmeras transformações na sociedade brasileira; no campo da saúde, os serviços previdenciários vão gradativamente sendo cobrados pela demanda dos trabalhadores assalariados urbanos, sem outra opção de serviço médico, quer estatal, quer privado, à exceção de uma rede de estabelecimentos de natureza filantrópica e de uma carente rede pública hospitalar. No período conhecido como "*democrático*" (entre 1945 e 1964) ocorreram pressões para a

---

5 COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In:______; ELIAS, Paulo Eduardo. (orgs). **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 5.ed. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 2003. p. 16-17.

6 COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 16.

ampliação dos benefícios e serviços previdenciários, como também para a inclusão da assistência médica no rol das prestações pecuniárias asseguradas pelo seguro social; com efeito, nessa época, a oferta de serviços médicos constitui a principal preocupação da política previdenciária, seguindo orientação do governo federal.

Nessa realidade política, *Oliveira e Teixeira*[7] destacam que "ocorre um amplo processo de construção e compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos médicos, por parte de cada um dos institutos [...]"; de forma que ampliar a oferta de serviços médicos representava, sobretudo, uma estratégia política. Assim, observamos uma tendência, já em andamento, de considerar a expansão da assistência médica como benefício do sistema previdenciário, em resposta à reivindicação dos trabalhadores; tendo isso se revelado através da inserção da assistência médica individual na pauta de negociação dos principais sindicatos da época. Portanto, é simples entender que nesse período a proteção médico-hospitalar segue a lógica da "*cidadania regulada*", pois fica praticamente restrita aos trabalhadores urbanos e sindicalizados, como já destacamos.

Assim, torna-se possível compreender por que a assistência médica, tal como as demais garantias sociais, constitui-se em um direito restrito a uma minoria de trabalhadores urbanos, vinculados formalmente ao mercado de trabalho; de fato, fica evidente que nessa conjuntura a grande maioria da população trabalhadora é destituída da categoria de trabalhador com carteira assinada e, por conseguinte, permanece quase que totalmente na dependência dos serviços e atendimentos médicos filantrópicos ou das carentes instituições da rede pública. Nesse período, o acesso regular aos serviços médico-hospitalares é garantido apenas a um segmento muito resumido da população urbana brasileira.

---

7 OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **A (im)previdência social** (60 anos de história da previdência no Brasil). Petrópolis: Vozes, 1986, p. 182-183.

Certamente, é nesse contexto que surge o modelo da política previdenciária brasileira, cujos traços principais são a *centralização e o burocratismo*; além disso, é constatado que essa estrutura vai se afastando de seus objetivos enquanto seguro social, devido a ausência do controle dos trabalhadores sobre as instituições, transformando-se em um poderoso instrumento econômico e político. Mas, muito embora essa organização permaneça até os primeiros anos da década de sessenta do século passado, é a partir de 1946 que ela vai se transformar em um forte mecanismo de aproximação entre as classes assalariadas e o poder instituído, por meio das mobilizações dos trabalhadores na busca de novas formas de organização; sendo desse modo que o controle da Previdência Social passa a ser um relevante elemento de reivindicação desses setores. Realmente, evidencia-se a politização da questão previdenciária, através de uma disputa entre o Estado e os trabalhadores, pois enquanto aquele defende a permanência de suas características clientelísticas e resiste a qualquer tipo de controle pleiteado, principalmente pelos setores assalariados urbanos, estes reivindicam o seu controle, em virtude de serem os legítimos financiadores.[8]

Em uma análise sumária, no período de 1930 até aproximadamente 1965, verifica-se, no país, a vinculação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais, cujo ponto principal reside na previdência social, que tem como característica fundamental a articulação da política do seguro social, advinda da necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia que permitissem sustentação ao processo de industrialização e urbanização.

O sistema de proteção social obedece a uma lógica econômica que se sobrepõe à sua dimensão política. Na situação da saúde, estabelece-se uma cisão entre a Assistência Médica Individual e

---

8 COHN, 2003, p. 19-20.

a Saúde Pública; estando esta a cargo do Ministério da Saúde e com a responsabilidade pelas ações de âmbito coletivo, ficando na dependência da parcela do orçamento fiscal destinada a esse Ministério; com relação à Assistência Médica Individual, esta fica sob a tutela do sistema de proteção social, cobrindo somente as pessoas que a ela têm acesso, sendo que os serviços oferecidos são produzidos pela rede privada de saúde e comprados pelo Estado com recursos advindos da Previdência Social. Então, materializa-se a formação de um setor privado da saúde que passa a ter o seu mercado garantido no plano estatal por meio da política de seguro social, haja vista que o Estado acaba por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados, sendo estes prestados às classes assalariadas; logo, os produtores privados de serviços de assistência médica passam a ter a garantia de um negócio seguro, sem exigir obediência às regras da eficiência e competitividade tradicionais do mercado.[9]

Em meio a esse processo, o setor público vai ocupando uma posição suplementar, tendo que suprir a ausência da esfera privada, onde esta não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico. Consequentemente, no campo da assistência médica individual, verifica-se uma situação na qual, devido a primazia do lucrativo setor privado sobre os serviços públicos, é observada uma tendência de aumento de concentração de equipamentos de saúde nos principais centros urbanos dos Estados mais ricos e industrializados do nosso país. Registre-se que a rede privada de saúde vai se estruturando cada vez mais por meio dos vários vínculos com a Previdência Social, principalmente com os convênios e credenciamentos, que possibilitam uma acelerada capitalização; além do mais, existia também

---

9 COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Trad. Rodrigo León Contrera. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p.229.

a garantia do mercado, representada pela compra de seus serviços pelo Estado, como um significativo elemento de sustentação para o desenvolvimento de tal crescimento econômico.

Com o avanço da industrialização, durante a década de cinquenta do século passado, todo o sistema previdenciário cresce, tanto no plano institucional como no aspecto de recursos e em pessoas a serem atendidas. Já em 1960, a *Lei Orgânica da Previdência Social* (LOPS) propõe a uniformização dos benefícios prestados pelos institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida, como parte inerente da Previdência Social, a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários; ressalte-se que essa lei foi promulgada sob pressão dos trabalhadores que passavam a exigir mais eficiência do sistema previdenciário, reafirmando-se assim a participação, mesmo que reduzida, das classes assalariadas no controle dos institutos.

De modo que se concretiza a principal relação entre a Previdência Social e o processo de acumulação, pois a partir dos anos sessenta do século XX, ela vai perdendo importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, com destaque para a assistência médica. Com a criação do INPS, nesse mesmo decênio, fica evidenciado o caráter assistencialista da previdência brasileira, visto que estava livre de qualquer tipo de controle por parte dos trabalhadores e exteriorizava uma maior presença pública por intermédio de prestação de benefícios sob forma de assistência médica e não através de dinheiro. Mas, é no período das décadas sessenta e setenta do século passado que no Brasil se consolida a privatização da assistência médica, promovida pela atuação do Estado por meio do sistema de proteção social.[10]

---

10 COHN, 1997, p. 231.

Contudo, foi somente nos anos setenta que a política social do regime militar propôs a ampliação da cobertura previdenciária, visando incluir gradativamente a totalidade das classes populares; de fato, procurava-se promover uma ruptura com a lógica da assistência médica como direito restrito. Ademais, um outro ponto que merece ser analisado diz respeito à organização da prática médica e da administração dos serviços, tendo em vista que, nessa época, a política de saúde consolida suas esferas de atendimento que ainda não eram tão bem articuladas: a rede médico-sanitária, destinada para medidas de alcance coletivo e com ênfase nos aspectos preventivos; e a rede médico-assistencial, responsável pelo atendimento clínico tradicional. Saliente-se que essa fragmentação entre as duas modalidades advém de um processo histórico que tem suas raízes nas *dicotomias*[11] verificadas na organização das práticas médicas.

Nesse prisma, cumpre registrar, como revela a literatura, que a denominada rede médico-sanitária, a cargo do Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, não alcançou, durante todo o período autoritário, a implantação de uma política específica para o setor. Realmente, o órgão da previdência aparece como principal responsável pela formulação e execução da política de saúde, sendo o atendimento médico-hospitalar o ponto mais relevante de todo o conjunto da oferta de serviços. Então, a centralidade da previdência social como órgão executor da política de assistência à saúde explica, de certo modo, as grandes distorções políticas dos setores de saúde anteriormente mencionados.

No ano de 1974, devido a importância política que a Previdência Social assume no âmbito do regime militar, como meio de relação direta entre os trabalhadores e o Estado, e especialmente pelos recursos que arrecadava ser um dos primeiros orçamentos da União, é formado o *Ministério da Previdência e Assistência Social.*

---

11 Sobre as "*dicotomias*", remetemos a nota 1 deste Capítulo.

Logo, em 1975, é criado o *Sistema Nacional de Saúde* – Lei N.º 6229/75, que se estabelece reafirmando as atribuições a cargo da Previdência Social e do Ministério da Saúde; mas, esse sistema ao mesmo tempo alerta o fato de os serviços vinculados a tal Ministério estarem contemplando, também, a assistência médica individual. Dessa forma, é determinada, a par de uma divisão social do trabalho entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, uma seletividade da clientela de ambos para os seus respectivos serviços de saúde[12]: o primeiro destina-se a uma população diferenciada, que se encontra formalmente inserida no mercado de trabalho, consolidando então uma assistência médica de natureza contratual, compulsória e contributiva; enquanto que o segundo Ministério, representado pelos serviços públicos e filantrópicos, é voltado para a população de baixa renda, excluída do setor formal da economia.

Já em 1977, é instituído o *Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)*, separando a parte de benefícios e de assistência médica; sendo que este sistema reconheceu a relevância que a assistência médica previdenciária assume como volume de recursos a ela destinado e como instrumento de legitimidade política. Por conseguinte, gradativamente o SINPAS vai reunindo institutos e fundações, entre outros órgãos; tendo esse sistema a seguinte composição: INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), DATAPREV (Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social), LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos). Além disso, é pertinente ressaltar

12 COHN; et al, 2002, p. 16-17.

que a extensão de cobertura médico-hospitalar, ocorrida principalmente entre 1975 e 1980, atrela-se aos vários esquemas de compra, pela previdência, de serviços médicos aos setores privados, como já enfatizamos antes.

Porém, tal expansão não corresponde ao crescimento dos serviços públicos ou dos chamados serviços próprios da previdência, haja vista que, ao expandir-se, visando atingir a universalização da clientela, com a inclusão de novos segmentos sociais, a política de assistência médico-previdenciária acaba por provocar uma diminuição na qualidade do atendimento prestado. Com efeito, apesar do crescimento da oferta de serviços médico-hospitalares, a política de saúde não consegue responder satisfatoriamente às necessidades e demandas básicas de saúde da população.

Ainda nessa discussão, é relevante destacar o fenômeno de *explosão da demanda* que, em geral, acompanha o processo de urbanização da população brasileira, bem como o intenso crescimento das metrópoles devido ao que se convencionou chamar de *expansão por periferia*.[13] Logo, é a partir do intenso crescimento das periferias urbanas, concentradoras de um grande contingente populacional carente de infraestrutura de serviços, que se revela uma demanda potencial por cuidados de saúde, colocando em um novo plano político as necessidades de assistência médica. Mas, considerando que o sistema de expansão de cobertura com tendências à universalização recai em última instância na relação entre seguro social e setor privado, convém registrar que tanto a lógica do mercado quanto a do seguro social se opõem diretamente ao nexo da carência e das necessidades sociais da população. Além do mais, o setor privado é conduzido pelo critério de utilidade pública, enquanto que os problemas de igualdade, universalidade e

---

13 MOISÉIS, J. et al. **Cidade, povo e poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p.32-35.

qualidade de atendimento prestado, enfim, dos direitos de cidadania, são questões que dizem respeito à esfera pública, não podendo ser resolvidas pelo mercado.

Nessa perspectiva, observe-se que as tentativas de um modelo universal, ocorridas com a predominância do sistema previdenciário associado à dinâmica do setor privado e do mercado, ocasionaram a perda de capacidade de controle e regulação pública sobre a produção, distribuição e acesso aos serviços médico-hospitalares. Em outros termos, o Estado não mais controlava a qualidade nem os custos, e muito menos o padrão de produção dos serviços.[14]

Portanto, tudo isso ocasionou fortes repercussões no âmbito da oferta de atendimento médico ao longo da década setenta do século passado. De fato, além da já consagrada predominância do atendimento curativo em detrimento do aspecto preventivo, a política setorial tende, no geral, a uma excessiva complexidade dos atos e procedimentos terapêuticos, em um evidente incentivo às intervenções cirúrgicas e a consequente utilização dos serviços de diagnóstico e de exames complementares diversos. Como decorrência disso, assiste-se ao privilégio dos hospitais e daqueles atos médicos de certa complexidade que, por exigirem investimentos em equipamentos e aparelhos sofisticados, representam níveis de atendimento mais atrativos financeiramente; de modo diverso, os atos e procedimentos médicos que envolvem altos custos e recursos, mas que têm um retorno financeiro duvidoso, acabam ficando para o poder público.

Em síntese, a partir da segunda metade do decênio de setenta do século XX, tem início, no Brasil, o processo de transição democrática, com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça, sendo durante essa luta pela democratização

14 ABRANCHES, S. **Os despossuídos (crescimento e pobreza no país do milagre).** Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.26-27.

política, que se organiza um movimento pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Tal movimento tem como integrantes professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da área de saúde, sindicalistas e organizações populares de saúde, entre outras categorias da sociedade; ademais, essa mobilização, sob a liderança não pública do *Partido Comunista Brasileiro*, reúne os setores da Esquerda e os grupos progressistas da área da saúde, em busca da formulação de propostas para sua institucionalização no país. Mas, a aspiração da *Reforma Sanitária* consistia na reivindicação de um sistema de saúde único e estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público e descentralizado; de maneira que, era considerada a universalidade da atenção à saúde, superando-se a tradicional dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde.[15]

Na década de oitenta do século XX, são instituídas várias medidas destinadas à contenção de despesas, surgindo assim as propostas das *Ações Integradas de Saúde (AIS)* e da *Autorização de Internação Hospitalar (AIH)*, em virtude do entendimento de que a causa da crise orçamentária residia no alto gasto com a assistência médica. Estas medidas tinham por base o pagamento das internações hospitalares pelo custo global do atendimento e não pela soma dos gastos de cada ato separadamente; então, com as AIHs, cujos primeiros convênios começaram a ser assinados em 1983, ocorre um maior controle sobre a rede pública. Já as AIS institucionalizaram um novo padrão de relação entre Previdência Social e os setores públicos de saúde (estadual e municipal), na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias, que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária.

15 COHN, 1997, p. 233.

Sem dúvida, os decênios de setenta e de oitenta do século passado foram bastante produtivos em estudos analíticos quanto às questões da saúde no Brasil. Além disso, com o *Movimento da Reforma Sanitária*, surgem reivindicações relacionadas com os princípios articuladores da estatização dos serviços de saúde, resultando na constituição do Sistema Único de Saúde com a consequente descentralização, universalização e equidade no âmbito do direito à saúde; mas, tais princípios, formulados já na segunda metade dos anos setenta, vão sendo aperfeiçoados em medidas concretas na década de oitenta.

Logo, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a ideia da descentralização como alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando, então, sua universalização e equidade; sendo que isso implica no fato de que o Estado, em todos os níveis, deveria assumir a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dela, bem como exercer o controle no que se refere ao setor privado. Assim, é nesse contexto que surge a proposta do *Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS)*, sob forma de convênios, entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde, que começaram a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o controle do sistema na área federal. O SUDS vem ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde, contemplados na Constituição Federal promulgada em 1988, visto que tal sistema é descentralizado, ficando sob a proteção da rede pública e tendo comando único em cada esfera do poder.

Um outro relevante aspecto que merece ser também enfatizado, diz respeito a lógica do favorecimento do setor privado de assistência médica por meio da política previdenciária, que prevalece de modo explícito até os anos oitenta do século passado; com efeito, neste período, verifica-se um intenso progresso das empresas

médicas, conhecidas como medicina de grupo, dos hospitais privados e das cooperativas médicas. De modo que a rede médica privada contava com uma clientela segura e certa exteriorizada pela Previdência Social, que mantinha a compra de seus serviços através de convênios ou de credenciamentos firmados pelo INPS e posteriormente pelo INAMPS, como já referimos anteriormente.

Nesse contexto, saliente-se que a redemocratização do Brasil tem o mérito de colocar as políticas sociais no centro do debate político, ressaltando a responsabilidade do Estado diante das questões relacionadas com a produção, distribuição e qualidade dos serviços de saúde. De fato, o Processo Constituinte e a transformação do perfil das políticas sociais, através da ideia de resgate da dívida social, como também por meio do ideário da *Reforma Sanitária*, canalizam, na segunda metade da década de oitenta do século passado, as esperanças da sociedade brasileira. Nessa discussão, convém lembrar que a democratização, distante de reduzir-se a um processo exclusivamente relacionado com o direito de participação e de exercício do poder político, pressupõe, como tão oportunamente afirma *Touraine*[16] a formação de atores democráticos; logo, não há avanço social sem a constituição de sujeitos de direitos, com suas demandas e reivindicações.

Enfim, reiteramos que a conjuntura existente, na segunda metade dos anos oitenta do século XX, desencadeia importantes espaços institucionais e novos projetos de reforma na área de saúde do país; consequentemente, nos últimos anos desse período, consolidam-se algumas conquistas políticas do setor, cujo marco é a Constituição Brasileira de 1988, com avanços jurídicos importantes para a proposta da Reforma Sanitária. Esta Carta Constitucional apresentou

---

16 TOURAINE, Alain. As possibilidades de democracia da América Latina. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, ANPOCS, v.1, n.1, p.5, jun., 1986.

relevantes inovações com relação ao sistema de proteção social, pois nela estão presentes: *a universalidade do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema; a equidade ao acesso e na forma de participação do custeio; a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços; a irredutibilidade do valor dos benefícios; a diversidade da sua base de financiamento; e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade.*

No período dos anos noventa do século passado, a área da saúde foi marcada pela disputa entre diferentes concepções sobre as mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, tendo como ponto referencial o processo de implementação dos preceitos constitucionais previsto para o Sistema Único de Saúde. Essa época é caracterizada pela tentativa de implementar, o *Projeto de Descentralização*, por meio da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB – 91), que procurava uma articulação entre a esfera federal e as instâncias municipais; porém, a fundamentação desta NOB colocava o município praticamente na condição de prestador de serviços. Posteriormente, no ano de 1993, é editada a NOB-01/93 que, ao contrário da sua antecessora, repõe a centralidade da esfera municipal na reformulação do sistema de saúde, sempre procurando o princípio da gestão do sistema, em detrimento da excessiva função até então reservada ao modelo assistencial. Contudo, as consequências das políticas públicas resultantes do ajuste fiscal do Estado têm forte repercussão no campo social, causando uma crise no financiamento da saúde, frustrando, assim, as intenções descentralizadoras previstas na NOB-01/93; mas, esta norma significou o início da descentralização e do repasse financeiro direto, sem a interferência da esfera estadual.

Com o objetivo de uniformizar as esferas do governo, em 1996, é publicada a NOB-96, representando a centralidade do modelo de gestão; sendo que, devido a insuficiência orçamentária do Ministério da Saúde, esta norma sofreu alguns ajustes, até finalmente ser

implementada em 1998, por meio da operacionalização do Piso Assistencial Básico para os municípios, da recomposição do poder e das atribuições da esfera estadual, reservando à União a prioridade de coordenação e regulação do SUS. Todavia, a NOB-96 começou a ser implantada concomitante a introdução das políticas de ajustes adotadas pelo governo federal para combater o *déficit* público e promover o pagamento das dívidas interna e externa, tendo tudo isso repercutido bastante no campo da saúde; além do mais, evidenciou-se uma certa passividade do Estado como produtor de serviços de saúde, levando a procura de parcerias com a iniciativa privada. Logo, é observado um crescimento acelerado no setor privado de saúde, especialmente no ramo de seguro-saúde, intensificando cada vez mais a dualidade do Sistema de Saúde e a lógica mercantilista na produção dos serviços.[17]

Mais recentemente, a *Reforma do Estado* patrocinada no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso possibilitou a introdução das grandes empresas internacionais do ramo da saúde, tais como a *Cigna Health Corporation e a Prudential*, que associadas às nacionais do ramo financeiro (como por exemplo: Bradesco, Unibanco, Itaú, entre outras) dinamizaram bastante o promissor mercado privado de saúde; ademais, verificou-se uma tendência para diminuição dos custos dos serviços e um incentivo à economia nos gastos em saúde. Certamente, esse movimento para o controle dos gastos, bem como para a melhoria da eficiência econômica dos hospitais privados e das empresas médicas tem suas origens no *managed care*[18] americano, introduzindo a concepção

---

17 ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In. COHN, Amélia; ______. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. p.125 e 129-130.

18 As noções de *managed care* advêm da aplicação da Teoria da Administração no âmbito da saúde, tendo isto iniciado quando a saúde passa cada vez mais a ganhar uma dimensão econômica, ao responder por 7% a 15% do PIB

de gerenciamento no cuidado à saúde; sendo que essa noção vem sendo recepcionada no Brasil, sem contudo passar pela imprescindível reflexão, para que efetivamente possa se adaptar à realidade do nosso sistema de saúde.

Ao término dessa abordagem, é oportuno refletir que, não obstante a introdução do conceito de Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, na prática ele torna-se bastante frágil, pois com o crescimento do setor privado de saúde, é observada uma forte tendência para a regulação desta questão por meio do mercado, com consequências no sistema de formação de preços dos serviços. Então, é necessário que se estabeleçam as políticas de saúde articuladas com as políticas econômicas, em busca da estabilidade do financiamento no setor e do incentivo à produção privada desses serviços com natureza não plenamente mercantil. Nesse sentido, é importante registrar o debate sobre a seguridade social a partir de uma visão crítica à Carta Magna de 1988, que vem sendo considerada excessiva na ampliação do acesso aos direitos sociais, sem vinculá-los às correspondentes fontes de financiamento. Realmente, tal fato é bem evidente, tendo em vista que a proteção social, tradicionalmente restrita aos contribuintes do

---

dos países desenvolvidos. Assim, os parâmetros do *managed care* abrangem vários procedimentos, destacando-se entre estes os mecanismos voltados para o controle do consumo de procedimentos médicos e tecnologia; modelos administrativos e gerenciais, como a introdução pelas empresas de saúde do cálculo atuarial para pagamento dos contratos com prestadores de serviços, bem como a aplicação de cobertura para eventos de alto risco; os sistemas alternativos a hospitalização, envolvendo o apoio médico à distância, a diminuição do tempo de hospitalização e a transferência de procedimentos cirúrgicos para o setor ambulatorial. FRIEDMAN, Bernard S.; et al. The use of expensive health technologies of managed care... **The american journal of managed care**. Rockville, Md. mar. 2006. Disponível em: < http://64.233.179.104/translate-c?hl=pt-BR&u=http://www.ajmc.com/Article.cfm%3FMenu>. Acesso em: 20 mar 2006.

sistema previdenciário, tornou-se extensiva à população em geral, com alguma variação com relação aos benefícios a serem garantidos; além disso, verificou-se também a universalização dos serviços de saúde e de assistência social.

Por fim, terminamos essa discussão lembrando que o atual texto constitucional, ao considerar a proteção social, recepciona as lógicas dos direitos individual e coletivo de acesso ao sistema. No primeiro caso, o financiamento provém das contribuições dos assalariados e dos empregadores sobre a folha de salários; já na segunda hipótese, as colaborações patronais, com relação ao faturamento e ao lucro, representam a base financeira do programa. Portanto, é percebível que a problemática da seguridade social concentra-se no seu financiamento e na extensão dos benefícios e serviços a serem por ela assegurados; saliente-se que, hodiernamente, são discutidos vários projetos, tanto para o caso das aposentadorias e pensões, quanto para o problema do acesso à saúde. Porém, a questão que permanece é como, em uma sociedade caracterizada por profundas desigualdades sociais, cumprir as normas constitucionais que estabelecem a universalidade do acesso, de todo e qualquer cidadão, a benefícios e serviços sociais essenciais, independentemente da sua inserção no mercado de trabalho e de seu nível de renda.

Por sua vez, a vigente Constituição Federal institui a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; ademais, preconiza também a participação, de forma complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. De modo igual, estabelece a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. Por fim, compromete, quanto ao financiamento, a participação de recursos do orçamento

de seguridade social da União, dos Estados e Municípios, do Distrito Federal e dos Territórios. Mas, cumpre ressaltar que, apesar de toda essa disposição normativa constitucional, em termos reais e pragmáticos, essas conquistas e avanços no plano jurídico-formal, como se percebe, não provocaram mudanças positivas no âmbito material do desempenho institucional do setor de saúde.

Organização estrutural

As políticas sociais de saúde têm sido preocupação constante, notadamente no que se refere às formas de organização e financiamento dos Sistemas Nacionais de Saúde. Assim, a saúde é considerada especialmente sob o ponto de vista econômico, sendo ela introduzida nas mudanças por uma nova ordem financeira mundial, que segue as propostas da política neoliberal, originada na década de setenta do século passado e que se ampliou pelo mundo capitalista, chegando ao Brasil e causando repercussões no campo da saúde.

No plano internacional, após várias reuniões com a participação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1993, o *Banco Mundial*, no seu "*Informe sobre o Desenvolvimento Mundial*", destacou o tema: "Investir em Saúde", que reúne dados sobre a situação da saúde no mundo, através da análise de países em função da renda *per capita* e da localização geográfica. Esse documento estuda também os principais pontos relacionados com o problema da assistência à saúde, enfatizando o aspecto organizacional e a divisão das ações entre as redes pública e privada, sempre enfocando a atuação a ser exercida pelo Poder Público, seja na prestação dos serviços clínicos essenciais, seja no exercício da atividade de regulação do setor. Em resumo, esse informe alerta que os diferentes sistemas de saúde enfrentam problemas em comum, tais como: desigualdade no

acesso e na qualidade dos serviços; aumento dos custos, advindo da disponibilidade de novas tecnologias; insuficiência de recursos financeiros para a saúde, no caso de países de renda média e baixa; entre outros. De forma que para as questões apresentadas, impõe-se a presença do Estado no encaminhamento das soluções adequadas, como indica o *Informe do Banco Mundial*.

No âmbito da saúde, o Brasil vem desenvolvendo as funções de organizador dos consumidores, direcionador do financiamento e conciliador dos interesses relacionados com a saúde. Portanto, apesar das mudanças verificadas nas últimas décadas, o modelo de Estado voltado aos interesses privados ainda permanece, sendo isto evidenciado no campo dos serviços de saúde, que é exteriorizado por meio de uma estruturação com forte presença do setor privado em determinados níveis de assistência e da esfera pública em outros. Logo, vêm se formando não um único sistema de saúde, mas sim vários, que dividem a assistência de acordo com determinados critérios, ressaltando-se a forma de seu financiamento e a participação do usuário no contexto da produção econômica.

Faz-se necessário, a implementação de um sistema de saúde que alcance a universalização da assistência em todos os níveis de atenção, exigindo, por conseguinte, que as políticas econômicas articulem-se de algum modo com as políticas sociais, principalmente com as de saúde e educação, haja vista que é pouco provável que uma política de saúde isolada seja suficiente para enfrentar as atuais necessidades sociais básicas. Então, na análise de um sistema de saúde, deve ser considerada a lógica da sua estruturação e de seu funcionamento, bem como o modelo assistencial adotado e as formas de financiamento utilizadas.

Tradicionalmente, o *Sistema de Saúde* é representado por uma série de instituições objetivando a sua melhoria, sobressaindo-se especialmente os modelos mais clássicos, tais como os serviços de

saúde. Mas, é importante salientar que, dependendo do padrão de assistência adotado nas variadas situações, essas organizações variam desde os domicílios privados até os grandes complexos hospitalares especializados, onde são realizados procedimentos de alta complexidade, como, por exemplo, os transplantes de órgãos humanos.

Em geral, o *Sistema de Saúde* é pensado em conformidade com as diferentes instituições que o compõem, sendo, nesta hipótese, considerados dois critérios em relação aos serviços de saúde: o nível de implementação em termos de tecnologia material e o nível de capacitação dos recursos humanos de grau universitário. A partir destes critérios, as *Instituições de Saúde são reunidas pelas esferas de atendimento, tendo como classificação os níveis primário, secundário e terciário; ou ainda, podem ser agrupadas segundo o local de atendimento, com uma distribuição em função da hierarquização: domiciliar, centros de saúde, hospitais de distrito e hospitais especializados.*[19]

A vigente Constituição Federal prevê a estruturação do Sistema Único de Saúde, cuja organização deverá seguir às respectivas diretrizes e formas operacionais que foram regulamentadas pelas Leis n.° 8.080/90 e n.° 8.142/91, conhecidas como a Lei Orgânica do SUS; registre-se que este sistema abrange os serviços públicos e privados de saúde em suas várias formas de prestação.

Os *Serviços Públicos de Saúde* são prestados pelo próprio Estado, nas três esferas (federal, estadual e municipal), ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média baixa, sendo geralmente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social, constituindo um fundo administrado pelo Estado. Mas, a partir do decênio de noventa do século passado ocorreu a inserção de fontes da receita tributária vinculada

---

19 ELIAS, 2003, p.66-67.

ao orçamento da seguridade social, destacando-se entre elas a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), a Contribuição para Financiamento da Seguridade (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). Já os *Serviços Privados de Saúde,* incluindo o Seguro Privado, são destinados aos grupos de renda mais elevada, pertencentes ao setor mais ativo da economia, sendo responsável atualmente pela cobertura de aproximadamente 25% da população brasileira, em sua maioria residente nas regiões sul e sudeste do país. Como podemos ver, no Brasil existe a convivência de um sistema público com outros privados, constituídos de forma a beneficiarem-se dos subsídios (financiamento, renúncia fiscal etc.) que o Estado lhes disponibilizam.

O *Setor Privado de Saúde* é subdividido em dois segmentos: *lucrativo e não lucrativo*, este abrange principalmente as instituições filantrópicas, sendo que parte delas são vinculadas ao SUS por meio de contratos de prestação de serviços; já o *lucrativo*, com exceção de uma parte da rede hospitalar, não mantém qualquer tipo de vínculo com o SUS. Esse último setor é representado pelo *Sistema Supletivo de Assistência Médica*, que reúne a medicina de grupo, as cooperativas médicas, o seguro-saúde, a autogestão e os planos de administração; tais modalidades apresentam como característica comum o fato de partilharem o mesmo tipo de financiamento através da modalidade de pré-pagamento.[20]

Por outro lado, as empresas operadoras do *Sistema Supletivo de Assistência Médica* possuem determinadas caracterizações. A *Medicina de Grupo* dispõe de serviços próprios e credenciados (compra de serviços de terceiros), atuando com planos individuais e em grupo. As *Cooperativas Médicas* operam seguindo o sistema universal das cooperativas, em que os médicos cooperados

---

20 ELIAS, 2003, p.71-72.

participam por meio de cotas; sendo que essas empresas utilizam-se de serviços próprios e credenciados, como também oferecem planos individuais e coletivos de saúde, porém não trabalham com ressarcimento de despesas.[21] O *Seguro Saúde* atua no sistema de reembolso de despesas em conformidade com as condições contratuais estabelecidas entre as partes; mas, de modo geral, cobrem apenas os procedimentos decorrentes de internações hospitalares.[22] A empresa de *Autogestão* realiza suas atividades com serviços de terceiros, procedendo o ressarcimento de despesas com base nas tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos; além do mais, possuem serviços de administração próprios, utilizando-se de funcionários e recursos da empresa a qual se vinculam, bem como dispõem de hospitais e médicos credenciados por empresa. Já os *Planos de Administração* realizam a prestação de serviços com recursos de terceiros e fazem o reembolso de despesas de maneira semelhante à empresa de autogestão, sendo uma forma típica de administração profissional dos planos privados de grandes empresas, cobrando por administração; entretanto, contratam hospitais e médicos indicados pelas referidas empresas.[23]

Na época atual, é observado um crescimento no campo privado da saúde, revelando um novo período de capitalização deste setor, mas sem depender dos mecanismos de financiamento direto do Estado, como aconteceu nas décadas sessenta e setenta do século passado.

---

21 . RIZZARDO, Arnaldo. et al. **Planos de assistência e seguros de saúde:** Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. p.26.

22 LOUREIRO, Luiz Guilherme de Andrade V. **Seguro Saúde (Lei n.º 9.656/98)**: comentários, doutrina e jurisprudência. São Paulo: LEJUS, 2000. p.31 e 55.

23 RIZZARDO, 1999, p. 24-25.

No Sistema de Saúde brasileiro, seus serviços, em geral, são reunidos de acordo com a sua vinculação aos *setores público e privado*, tendo estes as suas respectivas subdivisões. O *Setor Público* em regra é distribuído segundo as esferas de governo a que pertencem os serviços, podendo ser *Federal, Estadual e Municipal*; já o *Setor Privado* é agrupado em conformidade com as origens do capital investido, constituindo-se em *lucrativos e não lucrativos*. Em outros termos, no Brasil, os *Serviços de Saúde* são organizados da seguinte forma: *Públicos*, que são estabelecidos pelo Estado e financiados com recursos orçamentários governamentais; os *Privados sem fins lucrativos*, que são criados geralmente por iniciativas das comunidades (civis ou religiosas) ou de agrupamentos sociais, a maioria deles tendo seus financiamentos na dependência dos recursos do Estado, seja pelo pagamento de serviços prestados, seja pela utilização de renúncia fiscal (isenção de COFINS) e contributiva (recolhimento da cota devida pelo empregador do INSS), facultados as instituições declaradas de utilidade pública; e *Privados lucrativos*, que são instituídos por pessoas jurídicas em sociedades limitadas ou anônimas, como atividade empresarial, objetivando a remuneração do capital investido. Observe-se que estes serviços dependem cada vez menos dos recursos financeiros do Estado, já existindo, inclusive, uma grande parcela deles sem manter vínculo com o SUS; mas, favorecem-se da renúncia fiscal, na medida em que os gastos com saúde realizados por pessoas físicas e jurídicas são dedutivos do Imposto de Renda.

A *Rede de Serviços de Saúde*, *estatais e privados*, é composta por *Estabelecimentos Assistenciais*, tendo as seguintes classificações: Posto de Saúde, Centro de Saúde, Unidade Mista, Posto de Assistência Médica, Pronto-socorro e Hospital.

O *Posto de Saúde* presta assistência à saúde de determinadas populações a partir de procedimentos simples, praticamente sem utilização de equipamentos, contando apenas, de forma

permanente, com recursos humanos de nível médio (por exemplo, atendentes e auxiliares de enfermagem); esse tipo de serviço é comum, nas zonas rurais e em periferias das grandes cidades, atuando no nível da atenção primária.

Já o *Centro de Saúde* é mais complexo que o posto, visto que possui assistência médica e uma certa tecnologia, bem como dispõe continuamente de profissionais de nível superior (por exemplo, médicos e enfermeiros); além disso, este serviço é implantado com maior frequência nas regiões economicamente mais desenvolvidas, incluindo cidades de pequeno, médio e grande porte, possuindo atividades nos níveis de atenção primária e secundária, na modalidade ambulatorial.

A *Unidade Mista* desenvolve todas as ações típicas do centro de saúde, porém oferecendo leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergências; apresentando assim um grau maior de aparato tecnológico e dispondo de recursos humanos mais qualificados, sendo encontrados geralmente nas regiões interioranas do país, tendo atuação na atenção secundária, modalidades ambulatorial e hospitalar geral.

Quanto ao *Posto de Assistência Médica ou Policlínica, este* tem serviço médico especializado, concentrando-se nas regiões economicamente mais desenvolvidas do país, notadamente nas cidades de médio e grande porte, atuando no nível de atenção secundária, na modalidade ambulatorial.

Com relação ao *Pronto-socorro, este* possui atendimento contínuo para as situações de urgência e emergência médica e/ou odontológica, funcionando em geral nos centros urbanos e apresentando variados graus de complexidade tecnológica, como também de qualificação dos profissionais, principalmente do corpo médico; tais estabelecimentos têm atuação na atenção secundária e terciária.

Finalizando, o *Hospital* é voltado especialmente para a assistência médica em nível de internação, funcionando vinte e quatro horas por dia e localizando-se frequentemente em área urbanas; logo, essa estrutura possui graus variáveis de sofisticação tecnológica, dispondo de médicos e profissionais de enfermagem em sistema permanente de atendimento. Os hospitais podem ser classificados de acordo com o porte (pequeno, médio e grande) e com o grau de incorporação tecnológica que exibem (pequeno, moderado e grande); sendo que alguns deles são destinados exclusivamente para o atendimento mais especializado, exercendo atividades nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde.[24]

Em suma, esse amplo campo assistencial, público e privado, apresenta traços particulares que resultam no atual sistema brasileiro. Contudo, na presente época a rede de serviços de saúde é predominantemente pública, com a grande maioria dos estabelecimentos atuando na atenção básica de saúde, destacando-se as policlínicas, os postos e os centros de saúde; já o setor privado revela um grande número de policlínicas e hospitais. Desse modo, no Brasil a estrutura de saúde é caracterizada principalmente pela sua identificação com a assistência básica da saúde; assim, em geral, a esfera pública é responsável pelos serviços de atenção primária, sendo utilizada tecnologia de baixo custo, enquanto que a rede privada concentra-se especialmente no âmbito hospitalar, com a implementação de um aparato tecnológico de alto custo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o coeficiente de leitos hospitalares por mil habitantes é um relevante indicador de disponibilidade de equipamentos destinados aos níveis de maior complexidade da atenção à saúde, em suas modalidades secundária e terciária; de modo igual, o coeficiente de médicos por mil habitantes é outro importante indicador de recursos humanos.

24 ELIAS, 2004, p.76-78.

No que concerne a esses indicadores, a situação do Brasil é razoável em comparação a do grupo de países em desenvolvimento, tendo em vista que a recomendação da OMS para este grupo de países é a disponibilidade de quatro leitos para mil habitantes.

De acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde[25], o coeficiente de 2,65 leitos/mil habitantes coloca o Brasil ao lado de países como o Chile e a República da Coréia, bem como à frente de outros como a China, a Índia e o México; tendo a América Latina um coeficiente médio de aproximadamente três leitos/mil habitantes. Já com relação ao coeficiente de médicos por mil habitantes, a situação do Brasil é semelhante a de países como China, Japão e Reino Unido, sendo de 2,0 tal média. Neste indicador, o perfil da distribuição mostra a sua concentração nas regiões economicamente mais desenvolvidas do país, e nestas, nas concentrações urbanas de médio e grande porte. Logo, considerando o aspecto do acesso da população brasileira aos serviços de saúde, torna-se evidente a exteriorização de uma lógica bastante influenciada pelos fatores econômicos e, por conseguinte, mediada por mecanismos de mercado em detrimento de uma concepção regida pelas necessidades sociais, incluindo a saúde.

Com efeito, no Brasil, o panorama da saúde apresenta realidades bem extremas, pois, de um lado, aproximadamente 40 milhões de pessoas constituem a parcela dos incluídos, com acesso a uma rede de serviços de saúde subsidiada de várias formas pelo Estado, sendo os segmentos de ponta tecnicamente comparáveis com os dos países com economia de mercado consolidada; já no outro

---

25 BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus/**Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** Brasília, DF, Jun. 2003; BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993**. Investir em Salud. Washington: Oxoford University Press, 1993. p. 139-140.

lado, a grande maioria dos brasileiros enfrentam um sistema de saúde restritivo quanto à cobertura oferecida e fracionado no que diz respeito ao acesso aos serviços, resultando em desigualdades no tratamento dispensado aos usuários e problemas na qualidade da assistência prestada. Portanto, a realidade imposta ao sistema de saúde faz com que se desconheçam, na prática, as disposições legais da saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecidas na Carta Magna de 1988.

Os gastos com saúde verificados em diversos países, em comparação aos seus respectivos PIBs, são bem diversificados, principalmente quando são considerados o dinamismo da economia, o modelo de assistência adotado, o grau de tecnologia introduzido nos serviços e as características estabelecidas para o financiamento do Sistema de Saúde. Segundo o *Informe do Banco Mundial,* em 1990, os países de economia de mercado consolidada apresentavam uma taxa do PIB variando entre 12,7% (EUA) e 6,3% (Dinamarca), enquanto potências econômicas como Japão e Alemanha gastaram, respectivamente, 6,5% e 8,0%. Mas, saliente-se que a distribuição do gasto percentual do PIB entre os setores é expressivamente maior para o público em relação ao privado, constituindo exceção os EUA, em que as despesas públicas correspondem a 5,6% do PIB e no setor privado chega a 7,0%; já nos países da América Latina e do Caribe, esses valores em média são menores, variando o percentual do PIB com gasto em saúde de 8,6% (Nicarágua) a 2,8% (Paraguai).[26]

No Brasil, durante o decênio de 1970 até aproximadamente 1985, foram disponibilizados do Orçamento Geral da União ao Ministério da Saúde recursos sempre inferiores a 2% da despesa geral da União; logo em seguida, entre os anos de 1987 e 1990, os

---

26 BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/ BANCO MUNDIAL, 1993, p. 50-54.

gastos federais com saúde tiveram um aumento, declinando nos anos seguintes. Realmente, em conformidade com informações fornecidas pelo Banco Mundial, no ano de 1987, o país apresentou US$ 80,8 *per capita* de gastos, equivalendo a 3,1% do PIB; com relação ao ano de 1990, o Estado brasileiro pagou US$ 19,8 bilhões, correspondentes a um *per capita* de US$ 132,00, representando 4,2% do PIB, sendo que deste percentual, 2,8% destinaram-se às despesas públicas, enquanto 1,4% aos gastos privados; já em 1993, o dispêndio foi de apenas US$ 21 *per capita*. No início do século atual, os gastos com saúde sofreram um decréscimo, mas eles vêm aumentando gradativamente, como revela a tabela 1.

Tabela 1 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiada por recursos próprios – 2000 a 2002; total em US$ milhões, por Habitante e em % do PIB nas três esferas de governo.

Total nas esferas Federal, Estadual e Municipal			
Ano	Despesa (em US$ milhões)	Despesas por habitante (em US$)	% PIB
2000	13.470	79,3	3,09
2001	14.808	85,9	3,33
2002	15.893	91,0	3,52

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/DES/SCTIE/MS (Gastos Estadual e Municipal); SPO/SE/MS e FNS/SE/MS (Gasto Federal).

Com a compreensão de que trabalhadores e forças produtivas tornam-se mercadorias no sistema econômico, *Esping-Andersen* introduz o conceito de *desmercadorização,* entendendo como tal a possibilidade dessas pessoas manterem a garantia de certas necessidades vitais através de determinados serviços, como o *acesso à saúde*; sendo que esta perspectiva deverá encontrar-se fora do mercado,

exteriorizando-se em uma questão de direito. De maneira que tudo isso torna mais frágil o "direito civil" de *Marshall,* na medida em que se desfilia da propriedade como ponto de partida da ciência jurídica e fortalece o "direito social". Nesse prisma, afirma *Esping-Andersen*[27] que:

> Quando eles dependem inteiramente do mercado, é difícil mobilizá-los para uma ação de solidariedade. Como o [s] recurso [s] dos trabalhadores espelham desigualdades do mercado, surgem divisões entre os que estão dentro e os que estão fora deste, dificultando a constituição de movimentos reivindicatórios. A desmercadorização fortalece o trabalhador e enfraquece a autoridade absoluta do empregador.

Para uma melhor compreensão do que foi exposto, apresentaremos a tabela seguinte, que destaca algumas taxas de contribuição e gastos governamentais em três países diferentes, representativos de variados níveis de *desmercadorização* da satisfação de necessidades relativas à saúde e seguridade social; situações estas determinadas pelos modelos políticos liberal, conservador e social-democrata, demonstrando os distintos regimes e projetos de políticas sociais em termos tributários e de seguridade social pelo Estado.

27 ESPING-ANDERSEN, 1991, p.102.

Tabela 2 - * Taxas e contribuições sociais; e
** total de gastos em proteção social (% do PIB) por países.

	1993	1994	1995	1996	1997
Inglaterra (Liberal)	35,3 * 28,8 **	35,7 28,0	36,8 27,7	36,7 27,7	35,9 26,6
Alemanha (Conservador)	42,3 * 29,1 **	42,6 29,0	42,7 29,5	42,0 30,5	41,6 30,2
Dinamarca (Social-democrata)	51,3 * 33,5 **	53,1 35,1	52,7 34,3	53,5 33,6	53,1 31,4

Fonte: União Européia. YearBook 2000 (EU, 2000).

Observe-se que, no Brasil, esses tributos representam aproximadamente 32% do PIB, e os investimentos em seguridade social têm girado em torno de 20% do PIB. No ano de 1997, houve uma estimativa de gastos no atendimento à saúde de 6,5% do PIB, tendo um influxo estatal de 48,7%, equivalendo a US$ 208,00 *per capita*, sendo que estes dados apresentam maior relevância quando confrontados com a realidade social brasileira, tradicionalmente caracterizada por profundas desigualdades sociais.[28] Tomemos como exemplos as raças e regiões brasileiras, haja vista que no Maranhão 67,5% das famílias com crianças na primeira infância vivem com até meio salário mínimo de renda média mensal *per capita*; em comparação com 9,8% do Estado de São Paulo na mesma situação. Já nas famílias cujos chefes são de cor branca, 12,1% sobrevivem com meio salário mínimo *per capita*, enquanto as proporções nas famílias chefiadas por negros e pardos variam entre 24,5% e 30,4%; no grupo de renda mais elevada, acima de cinco

28 WHO (OMS) – World Health Organization. **The World Report 2000**. Health Systems: Improving Performance. Disponível em: http://www.who.int.whr. Acesso em: 13 out. 2005.

salários mínimos, estão quase 15% de famílias brancas e cerca de 3% de negras e pardas.[29]

Mas, considerando a *desmercadorização* como sendo definidora de uma série de práticas de seguridade que atuam no sentido de estabelecer ganhos sociais, mesmo quando os indivíduos estão fora do mercado de trabalho, é difícil estabelecer os níveis de *desmercadorização* no caso do Brasil; visto que os dados sobre tributos, investimentos sociais e padrões de vida da população brasileira revelam que a sociedade em que vivemos tem muito de desigual, tanto em termos absolutos como por comparação com os países destacados.

Em uma outra pespectiva, em que são avaliados aspectos que diferenciam determinados grupos sociais, os desequilíbrios podem ser interpretados como possibilidade de construção de novos espaços sociais. Nesse sentido, *Pierucci*[30] apresenta uma análise, citando *Dahrendorf*, *Bourdieu* e *Weber*, segundo a qual, as diferenças coletivas compõem um campo social de realizações e de novas identidades, como aquelas construídas pelos novos movimentos sociais, sendo que estes, entendidos como um "*processo de (re) constitución de uma identidad colectiva, fuera del âmbito de la política institucional, por el cual se dota de sentido a la acción individual y coletctiva*", remetem a expectativas de mobilização e participação dos indivíduos na sociedade.[31] Porém, as atuações de grupo podem representar novas formas de ideologização e hierarquização, fazendo sobressaírem políticas corporativas cada vez mais específicas e estrategicamente orientadas; desfazendo, então, a crença de

29 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: 1999 traça o perfil da sociedade brasileira**. Disponível em: www.ibge.gov.br/presidencia/noticias/28042000.shtm. Acesso em: 28 mai.2002.

30 PIERUCCI, Antônio Flávio. **Ciladas da diferença**. São Paulo: 34, 1999.

31 BLANCO, Marisa Revilla. El concepto de movimento social: acción, identidad y sentido. In: **Zona abierta, 69.** Madrid: [s.n], 1994. p. 183.

que o sentido da ação coletiva esteja superando o paradigma de uma racionalidade instrumental para outra em benefício de uma racionalidade ética. Assim, as tensões surgidas na estrutura social, que poderiam originar movimentos de emancipação, geram novos poderes de dominação e colonização da sociedade, fazendo predominar interesses privados, mesmo quando revestidos de discursos "técnicos" ou similares.

Marcuse apud Habermas[32], esboça uma interpretação desses poderes para o campo da ciência, como podemos ver em seguida:

> Hoje, a dominação eterniza-se e amplia-se não só mediante a tecnologia, mas como tecnologia; e esta proporciona a grande legitimação ao poder político expansivo, que assume em si todas as esferas da cultura. Neste universo, a tecnologia proporciona igualmente a grande racionalização da falta de liberdade do homem e demonstra a impossibilidade 'técnica' de ser autônomo, de determinar pessoalmente a sua vida. Com efeito, esta falta de liberdade não surge nem irracional nem como política, mas antes como sujeição ao aparelho técnico que amplia a comodidade da vida e intensifica a produtividade do trabalho. A racionalidade tecnológica protege assim antes a legalidade da dominação em vez de a eliminar; e o horizonte instrumentalista da razão abre-se a uma sociedade totalitária de base racional.

Consoante o entendimento de *Habermas,* o discurso de *Marcuse* apenas renova as definições clássicas sobre forças produtivas e relações de produção, sem reconhecê-las como poder ideológico em

---

32 HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como "ideologia"**. Trad. Artur Morão. Lisboa: edições 70, 2001. p. 49.

si, tendo em vista que a forma racional da ciência e da técnica, ou seja, a racionalidade materializada em sistemas de ação racional teleológica acaba por constituir um modo de vida contextualizado em uma totalidade histórica.[33]

Após essas análises e considerando as políticas públicas tal como elas vêm sendo conduzidas no Brasil, percebe-se que a Seguridade Social ganha destaque no âmbito dessa conjuntura, tanto pelo volume de recursos envolvidos quanto pela forma como ela foi estruturando o Sistema de Saúde brasileiro, como vimos anteriormente. Contudo, ressaltamos que alguns indicadores de saúde, no país, compõem uma realidade preocupante, advinda do modelo de desenvolvimento excludente que predomina, traduzindo, de certo modo, uma ineficiência das políticas públicas na área da saúde.

Na verdade, os dados estatísticos são alarmantes, além de não se distribuírem igualmente por toda a população, como podemos comprovar nas seguintes informações: no ano de 2002, a esperança de vida média do brasileiro ao nascer era de 69,04 anos, consequentemente, isso significa que, durante a década de noventa do século passado, houve uma elevação média de 2,71 anos, haja vista que, em 1992, a esperança média de vida, no Brasil, era de 66,33 anos; entretanto, foi observada uma elevada diferenciação por regiões, pois enquanto no Nordeste a esperança de vida ao nascer era de 66,38 anos, na Região Sul, ela chegou a ser de 71,46 e no Sudeste, de 69,96 anos.[34]

---

33 Ibid., p. 55.

34 IBGE – Contagem populacional e projeções demográficas preliminares. **Esperança de vida ao nascer, por ano, segundo Registro e UF**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/al]t.htm>. Acesso em 18 mar. 2006.

Com relação à mortalidade infantil, de modo igual, essas mesmas disparidades são detectadas, visto que, apesar de ter sido considerada a população em seu conjunto, com a taxa de mortalidade infantil revelando um razoável decréscimo nos anos de 1991 à 1998 (de 45,2 por mil nascidos vivos em 1991 para 33,1 em 1998), verificou-se que, na Região Sul, ela é de 18,7 por mil, como também na Região Nordeste, ela é de 53,5 por mil, isso em conformidade com dados relativos ao ano de 1998.[35] Logo, constatou-se uma tendência de redução da mortalidade infantil no Brasil, certamente devido à melhoria nas condições de vida, ao declínio da fecundidade e ao efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos. Mas, mesmo assim, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste (53,5 por mil habitantes) e Norte (34,6 por mil habitantes).

Assim, com fundamento no que foi apresentado, entendemos que é no contexto da distribuição social da doença que se encontra a explicação para a associação entre as profundas desigualdades regionais de nosso país e as diferenças nos padrões das taxas de esperança de vida média e mortalidade infantil. Então, se quanto mais precárias as condições de vida, maiores serão estas taxas; de modo inverso se comporta a distribuição dos recursos médico-hospitalares (públicos e privados), que tendem a se encontrar exatamente nas áreas mais desenvolvidas.

Atualmente, no Brasil, as doenças do aparelho circulatório continuam sendo os principais motivos de mortalidade; na sequência, vêm as neoplasias agudas; seguidas das causas externas (com

---

35 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).** Brasília, DF, 1999; Cf. SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

exclusão de homicídios e suicídios); das enfermidades do sistema respiratório; das moléstias do sistema digestivo; e das complicações na gravidez e parto. Já na esfera sanitária, é evidenciada a presença de doenças infantis, infecto-contagiosas e parasitárias, entre as enfermidades crônicas e degenerativas, as quais se adicionam as mortes por causas externas, variando a ordem da incidência de cada uma delas, tanto em termos regionais quanto no âmbito da variação de renda, sendo esta uma situação bastante preocupante.[36]

Então, se onde há mais pobreza é maior a mortalidade por moléstias próprias dessa condição social, havendo o contrário nas regiões mais ricas do país, isso nos leva a acreditar que, diante da presença dessas doenças típicas da realidade social brasileira, não bastam apenas medidas de natureza preventiva, no campo coletivo, exigindo também ações de atenção médica de alta complexidade tecnológica, como é o caso das cirurgias de transplante de órgãos, que vêm sendo realizadas com uma certa frequência na época atual. Este procedimento cirúrgico foi instituído, no Brasil, com fundamentos na Constituição Federal de 1988, já tendo sua regulamentação legal, possibilitando assim a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

Para efeitos de operacionalização prática, criou-se o Sistema Nacional de Transplante (SNT), que integra o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal ou órgãos equivalentes, os estabelecimentos hospitalares autorizados e a rede de serviços auxiliares necessários à realização

---

36 BRASIL. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Indicadores de mortalidade. **Mortalidade proporcional por grupo de causas. Período: 2001**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <x//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2003/c04.def.> Acesso em 18 mar. 2006.

desse procedimento cirúrgico; além do mais, foram também criadas as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNDOs) regionais e estaduais, que são unidades executivas das atividades do SNT, ligados ao Poder Público. Realmente, constatase hoje um efetivo avanço na reorganização do setor de saúde no país, contando agora com o pré-requisito indispensável dos dispositivos constitucionais.

Capítulo 6

A humanização da saúde e a moderna tecnologia das transplantações de órgãos humanos

A saúde como qualidade de vida e a sociedade moderna

A institucionalização dos direitos sociais, próprios ao *Estado do Bem-Estar* Social, advinda do final do século XIX, significou a incorporação de novos fatos, produtos de uma sociedade em constante transformação; sendo que uma das novidades que começa a fazer parte deste cotidiano é a inclusão de um conceito que passa a compor o conteúdo de um conjunto de interesses que estão bastante presentes nas sociedades contemporâneas, qual seja, a *qualidade de vida*. Mas, é fundamental que tenhamos o devido conhecimento dos limites nos quais se situa tal concepção, pois nos permitirá afastá-la de vinculações tradicionalmente cogitadas, bem como nos possibilitará a construção de uma noção desvinculada de determinados significados que se formaram ao longo do tempo.

A transformação da sociedade, em especial pelas mudanças das relações de produção impostas pelo desenvolvimento tecnológico, com a introdução da máquina e de uma nova lógica de organização do tempo, possibilitou uma ampliação da ideia da qualidade de vida por meio da inserção dos benefícios da vida urbana. Em outras palavras, nos séculos XVIII e XIX, ter qualidade de vida passou a significar a possibilidade de desfrutar dos mecanismos criados pelo próprio homem, que substituíam as tarefas árduas existentes naquela época. Já no século seguinte, essa noção começa a absorver a possibilidade de consumo constante das novidades tecnológicas postas à disposição no mercado mundial. Com efeito, o consumo se aprofunda no comércio de bens, possibilitando, então, que a disposição e utilização de utensílios sejam parâmetros de medição do nível de qualidade de vida das pessoas; portanto, a representação social do consumo é determinada em função da disposição de certos instrumentos, máquinas, bens etc.

De fato, gradativamente, a questão da qualidade de vida passa a ser definida levando-se em consideração valores que a qualifiquem a partir de determinados padrões que funcionam como pré-requisitos para o seu próprio asseguramento e desfrute. De modo que essa concepção vai além das pretensões de consumo, tendo em vista que estas sofrem influências de determinados valores que, por sua vez, possibilitam construir o seu conteúdo. Saliente-se que, entre esses valores, estariam os seguintes: *a democracia*, como condição inafastável para a participação dos indivíduos; *a igualdade*, sempre buscando a desmontagem das estruturas de exclusão social impostas às camadas inteiras das sociedades, o que implicaria no direito a padrões mínimos de alimentação, saúde, educação, moradia, higiene etc.; a *preocupação ecológica*, como sendo um relevante pressuposto de garantia à continuidade e preservação da biodiversidade; e o *desenvolvimento tecnológico*, possibilitando a produção

de instrumentos aptos a permitirem, inclusive, a liberação das pessoas dos males que as afligem, como também proporcionar-lhes benefícios.[1]

Em síntese, é possível repensar a noção de qualidade de vida sem afastar-se completamente das prerrogativas já suscitadas há bastante tempo; mas, esse conceito renovado está associado à ideia de que há um caráter comunitário e solidário que interfere nos objetivos tradicionalmente ligados à essa concepção. A partir dessas breves considerações, passaremos a refletir sobre a questão da saúde como qualidade de vida, destacando que genericamente ela é considerada um direito social inserido na nova categoria dos direitos humanos de terceira geração[2], ou seja, como vinculado ao caráter de solidariedade que os identifica.

Na análise desse tema, inicialmente poderíamos pensar a saúde no âmbito dos padrões do individualismo liberal, caracterizando-se como a liberdade de busca dos serviços médicos privados; sendo que tanto a procura quanto a oferta estariam atreladas ao mercado, enquanto que o acesso aos serviços ficariam condicionados às possibilidades individuais. Então, a saúde se resumiria as *atividades*

---

1 MORAIS, José Luiz Bolzan de. **Do Direito social aos interesses transindividual**: o Estado e o Direito na ordem contemporânea. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996.p.185.

2 Na evolução doutrinária dos direitos humanos, são verificadas três gerações ou dimensões de direitos, traduzindo um processo sucessivo e cumulativo. Assim, a primeira geração desses direitos corresponde aos direitos individuais e políticos e à nacionalidade, ou "direitos de liberdade", típicos do Estado Liberal; já a segunda geração equivale aos direitos sociais ou "direitos de igualdade", característicos do Estado Social; e a terceira geração corresponde aos direitos difusos, sendo também denominados de direitos de fraternidade ou solidariedade, próprios da proteção internacional dos direitos humanos. CATÃO, 2004, p.66-67; v.tb. BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 8.ed. São Paulo: Malheiros, 1999. p. 516-524.

curativas no sentido de rearranjo das disfunções que afetassem o organismo das pessoas, repondo-as, aptas, no mercado de trabalho.[3] Posteriormente, a partir de uma visão coletiva da realidade social, ligada ao desenvolvimento do modelo do Estado do Bem-Estar Social, seria possível considerar à saúde não mais vinculada à possibilidade individual de alcançar a cura das doenças através de uma ótica de mercado, mas sim por meio da atividade de prestação de serviços por parte do Estado, independentemente das possibilidades pessoais. Observe-se que nesta segunda perspectiva existe um aprofundamento da problemática da saúde pela incorporação de um novo viés, exteriorizado pela *prevenção*, ensejando assim uma atuação antecipada, com a oferta de serviços básicos garantidores da salubridade pública, no intuito de evitar a ocorrência de determinadas enfermidades.

Logo, percebe-se que a discussão do tema da saúde não se restringe apenas à busca individual, passando, consequentemente, a ter um caráter coletivo na proporção em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direito social. De modo mais amplo, poderíamos entender a saúde como um interesse que incorpora um conjunto não identificável de titulares, tais quais os interesses difusos; neste contexto o veríamos como *promoção*, que teria como núcleo central a própria saúde e não a doença, como também a ideia de qualidade de vida, que se ampliaria, apropriando-se dos conteúdos próprios às teorias política e jurídica contemporâneas. Portanto, podemos pensá-la como um dos elementos da cidadania[4], no sentido de promoção da saúde e vida das pessoas[5]; ou seja, um direito que projeta um interesse difuso, não

---

3 DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987. Passim.

4 MORAIS, 1996, p. 189; BODSTEIN, 1993, p. 17-19.

5 Ressalte-se que tal perspectiva já vem sendo contemplada no art. 25 da Declaração dos Direitos do Homem da ONU, que enuncia a saúde como

se restringindo apenas a curar e evitar as moléstias, mas a ter uma vida saudável, expressando uma pretensão de todas as sociedades a um viver saudável, com acesso a um conjunto de benefícios que fazem parte da vida urbana.

Dessa maneira, vislumbramos que as relações fundamentais para com a saúde vêm se transformando, nos tempos atuais, haja vista que não se tem mais aquele direcionamento com a doença e, por conseguinte, com a morte; pois, de modo diverso, tem-se uma posição reflexiva da saúde relacionada a ela mesma e, assim, com a vida. Ademais, não se trata de uma vida caracterizada somente pela sobrevivência, mas sim um estado vital qualificado que é norteado por valores substanciais, tais como *a democracia, a igualdade, o respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico.*

No Brasil, a produção científica relacionada com a temática da saúde, no período do final dos anos setenta até aproximadamente 1985, foi realizada em uma conjuntura historicamente identificada com o processo de abertura política e início da transição democrática, sendo nessa época que são retomadas problemáticas antes excluídas do debate público, como as questões sobre a qualidade de vida, que voltam a ser politizadas.[6] Nesse prisma, o *Movimento Sanitário*, da segunda metade dos anos oitenta até os primeiros anos da década seguinte, como já referimos, incorpora o ideário dos Direitos de Cidadania e de um Sistema Único de Saúde, a cargo do Estado. De fato, a luta pela Reforma Sanitária foi o grande marco dessa fase, bem como a inclusão, na Carta Magna de 1988, da saúde como um direito de todos e dever do Estado seria a vitória conquistada.

---

uma das condições vinculadas à vida digna. De modo igual, a Organização Mundial de Saúde, no preâmbulo de sua Constituição de 1946, enuncia a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, relacionando-a com a felicidade e segurança dos povos.

6 NUNES, 1999, p. 163.

Segundo *Martins*[7], foi nos anos setenta do século XX que a medicina deu um novo vigor à reorganização dos estudos em saúde, sempre enfatizando o contexto social; mas, em seguida, esse autor esclarece que, na década de oitenta, verificou-se uma inclinação para mudança de paradigmas, passando-se de um entendimento simplista de saúde, pelo qual o fenômeno se definia negativamente com relação à enfermidade, ou seja, saúde era o que não fosse doença, para uma outra concepção mais complexa, em que ela passou a ser definida a partir de uma série de aspectos culturais, sociais, políticos, afetivos e ambientais. Além disso, a saúde deixou de ser compreendida como uma intervenção de natureza preventiva para ser entendida como promoção, não se reportando mais a uma determinada moléstia ou desordem, mas a qualidade de vida resultante de um processo que envolve diversos fatores, tais como alimentação, renda, educação, justiça social, entre outros.[8]

No plano internacional, alguns eventos foram decisivos para a cristalização da ideia de saúde como qualidade de vida, com destaque para a elaboração do *Relatório Lalonde*[9] em 1974, no Canadá, que definiu as bases de um movimento pela promoção de saúde, trazendo como fundamento básico o adicionamento "*não só de anos à vida, mas vida aos anos*". Esse documento estabeleceu o modelo do "campo da saúde", que é composto por quatro polos: *a biologia humana,* que inclui a maturidade e o envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; *o sistema de organização dos serviços*, contemplando os componentes de recuperação, curativo e preventivo; *o ambiente*, que envolve o social, o psicológico e o físico;

---

7 MARTINS, 2004, p.11-12.

8 CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.______; FREITAS, C. (orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.46.

9 CANADÁ. **A new perspective on the health of Canadians**: a work document. Ottawa. Ministry of Health and Welfare. April, 1994. p. 18-20.

e o *estilo de vida*, no qual, podem ser considerados a participação no emprego e problemas inerentes às ocupações profissionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer. Por fim, esse relatório apresenta propostas relacionadas com os seguintes aspectos: a gravidade da situação de saúde; a prioridade dos tomadores de decisão; a disponibilidade de soluções efetivas com resultados mensuráveis; os custos e as iniciativas federais centradas na promoção de saúde, bem como na regulação, pesquisa e eficiência da atenção à saúde; estabelecimento de objetivos etc.

Nessa mesma perspectiva, ressaltem-se a *Carta de Ottawa* de 1986; o *Health Promotion Disease Prevetion* (HPDP) nos EUA; a *Conferência de Sundsval* de 1991, na Suécia; entre outros. Mais recentemente, no ano de 2002, por iniciativa da Organização das Nações Unidas, realizou-se em *Madrid* a *II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento*, que teve como tema "*Uma sociedade para todas as idades*"; este evento aprovou dois importantes documentos que servirão de guia estratégico para nortear a escolha de medidas normativas e a implantação de políticas públicas relacionadas com o envelhecimento no século XXI.[10] Trata-se do "*Plano de Ação Internacional de*

---

10 Neste sentido, a expectativa de vida do brasileiro ao nascer tem apresentado interessante evolução: no período entre 1950 e 1955 era de 50,9 anos; entre 2000 e 2005 de 68,3; e estima-se que entre 2045 e 2050 a expectativa de vida do brasileiro seja de 76,9 anos de idade. Isso se deve a melhor aplicação da medicina preventiva, a evolução dos métodos diagnósticos, à utilização do computador na criação de novos instrumentos cirúrgicos, às novas técnicas cirúrgicas com recursos digitais, ao desenvolvimento das técnicas de transplantes e à descoberta de novos medicamentos, que, somadas às melhoras sociais e a maior difusão de informações, faz com que as estatísticas mostrem um crescimento na expectativa de vida do brasileiro. Temos no Brasil 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos e as projeções indicam que seremos o sexto país do mundo em número de idosos no ano de 2020, com aproximadamente 32 milhões. Cf. RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. et al. **Tratado de Geriatria e**

Madrid sobre o Envelhecimento 2002" e de uma "*Declaração Política*", que reúne os compromissos assumidos pelos governos dos países que estiveram presentes nesta assembleia, para executar o novo Plano de Ação nos próximos 25 anos. Esta proposta prevê prioridades relacionadas à saúde dos idosos, a serem implementadas em âmbito mundial. Da mesma forma, a *Declaração Política*, em seu art. 14, enfatiza a questão da saúde nessa faixa etária.[11]

Sem dúvida, nesses dois documentos aprovados, a questão da saúde é o foco principal; e considerando que a OMS define a saúde, como já destacamos, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de enfermidades. Logo, chegar à velhice gozando de boa saúde e bem-estar exige um esforço pessoal durante toda a vida e uma condição em que essa situação possa ter êxito. Assim sendo, as pessoas têm como responsabilidade cultivar um estilo de vida saudável; já o compromisso dos governos diz respeito à criação de um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar durante todas as fases da vida humana.

Registre-se que, em praticamente todas as partes do mundo, ocorre uma transição epidemiológica, em que deixam de predominar moléstias infecciosas e parasitárias, passando a prevalecer as doenças crônicas e degenerativas. Consequentemente, a necessidade de cuidados terapêuticos de uma determinada população implica em políticas públicas adequadas, que devem propiciar saúde durante toda a vida, incluindo sua promoção e prevenção das enfermidades, como também a tecnologia de assistência, os mecanismos de reabilitação, os serviços de saúde mental e a introdução de estilos de vida e meio ambiente saudáveis. Certamente, e a realidade tem demonstrado, para manter e melhorar a saúde,

---

Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2002. p. 72.

11 UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 abr. 2002**. United Nations, New York, 2002.

exigem-se mais que simples ações que afetem a pessoa individualmente, visto que a saúde é fortemente influenciada por fatores culturais, econômicos, sociais etc.

Um relevante aspecto a ser destacado no âmbito da saúde é a *interdisciplinaridade*, pois esta é proclamada como um método e uma prática para a produção de conhecimento, bem como ela é utilizada de modo integrante na explicação e solução dos complexos problemas de saúde ambiental e de desenvolvimento. Outrossim, essa questão é requerida para a saúde devido ao fato de possuir um campo de problematização que induz processos de internalização de determinados princípios, valores e saberes advindos de várias disciplinas que lhes dão sustentação, tais como a epidemiologia, a clínica, a sociologia, a antropologia, a política, a economia, entre outras.

Portanto, todo esse processo tem como consequência a construção de vários campos específicos e métodos de análise, como também a organização de novos instrumentos práticos para normatizar e planejar o desenvolvimento de políticas públicas destinadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde[12]; assim, a articulação dos diferentes saberes populares e técnico-científicos possibilita a construção de uma nova perspectiva para a vida humana e para o modelo de desenvolvimento social, com base na saúde e nos ambientes saudáveis, favorecendo a vida humana em sua totalidade.

Nesse contexto, cumpre ressaltar que a concepção de saúde, que teve início no Movimento Sanitário e chegou até mesmo a extrapolar os limites dos saberes e práticas médicas[13], trouxe alguns processos sociais para o interior do entendimento da produção

12 AUGUSTO, L.G.S., 2004, p. 99.

13 Neste sentido, Cf. COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002. Passim.

social da saúde e da doença; sendo que uma teoria como essa deveria ser construída para todo o campo da saúde, incorporando todos os mecanismos sociais pelos quais se geram saúde e doença. Então, tal proposta funcionaria como padrão orientador das práticas sanitárias, não sendo construída apenas com base em uma ação centrada no social ou na epidemiologia, mas no uso diversificado de distintos saberes. Para explicar uma teoria sobre a produção de saúde, *Campos* [14] identifica os seguintes modos básicos:

> Transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência, dificultando o surgimento de enfermidades. [...]; vigilância à saúde voltada para a promoção e prevenção de enfermidade e morte; clínica e reabilitação em que se realizam práticas de assistência e de cuidados individuais de saúde; e atendimento de urgência e de emergência, em que práticas de intervenção imediata, em situações limites, evitam morte e sofrimento.

Em articulação com o que foi exposto, observa-se que não há delimitações precisas entre os diferentes modos de produção de saúde, pois todos eles utilizam práticas de promoção e de prevenção, bem como ações clínicas de reabilitação e de cuidado. Porém, o que varia é a ênfase com que são empregados, tendo em vista que a própria clínica utiliza-se principalmente de práticas de atenção ao indivíduo, até mesmo quando, para ganhar em eficácia, necessite introduzir o social, o subjetivo e operar com algumas estratégias de prevenção e de promoção à saúde. De modo igual, é impossível praticar saúde pública sem o auxílio da clínica, pela atenção individual em programas coletivos ou vice-versa. Enfim, o que se está

---

14 CAMPOS, 2000, p. 227.

salientando é que o objetivo de se produzir saúde seria comum a todas as práticas relativas a essa área e não somente àquelas vinculadas a esfera pública.

Outro aspecto enfatizado por *Campos*[15], é o reconhecimento da saúde como um "*valor de uso*", no sentido originalmente atribuído por *Marx* a esta expressão, ou seja, esse valor sendo entendido como a utilidade que bens ou serviços têm para pessoas concretas vivendo em situações específicas.[16] Logo, a saúde, mesmo quando compreendida como um bem público, ou mesmo, em outros termos, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como ocorre no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca; com efeito, até mesmo neste caso a saúde mantém a particularidade de valor de uso. Ademais, a utilidade de um bem ou serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construído, sendo, portanto, resultado da ação de distintos atores sociais em direções nem sempre convergentes, marcando cada produto com certo valor de uso.

Finalizando, *Campos* conclui que o valor da vida varia de acordo com a época, a classe e o contexto social, exteriorizando-se sob a forma de necessidades sociais[17], sendo estas significadas em bens ou serviços a que tal ou qual segmento social atribui alguma utilidade.

---

15 CAMPOS, 2000, p.228.

16 MARX, Karl. Do Capital, Livro I. In: GIANNOTTI, José Arthur (org.). **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Trad. José Carlos Bruni; et al. 4.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. p.35-37 e 51.

17 Com relação à noção de saúde como necessidade social, ver o trabalho de *Potyara A.P.Pereira* sobre necessidades humanas, que foi baseado no livro; "A theory of human need" dos ingleses *Len Doyal e Ian Gough*. Assim, no Capítulo IV do seu trabalho, a professora acima citada destaca a saúde como uma necessidade humana básica. PEREIRA, Potyara A. P**. Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 65-86.

Nessa concepção, tanto as equipes de saúde quanto a sociedade deveriam explicitamente cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública, sob a forma de necessidades sociais. De forma que, equivocam-se aqueles que atribuem exclusivamente ao poder dominante a capacidade de produzir necessidades sociais, haja vista que, por mais poderosos que sejam o Estado e o mercado, dificilmente estas instâncias conseguiriam conhecer plenamente a dinâmica social que resulta na construção dessas necessidades. Mas, lamentavelmente, os valores de uso que informam as necessidades sociais e as decisões práticas, objetivando o "bem-estar dos indivíduos", são geralmente impostas por meio das pessoas que estão no poder e raramente são discutidas em espaços públicos. E, em consequência disso, são observados entraves na formação da capacidade crítica dos indivíduos, levando-os a grandes dificuldades na superação de constrangimentos arbitrários à sua liberdade.

Assim, com base no que foi explanado, entendemos que caberia aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, apoiando-se em uma teoria sobre a produção de saúde, a faculdade de construir seus projetos e viabilizar os meios adequados para levá-los à prática[18], sempre buscando a concretização de determinados valores de uso, expressos sob a forma de necessidades sociais. Portanto, nesse campo, ainda há muito a se fazer, pois é preciso investir não somente na dimensão corporal dos indivíduos, mas também pensá-los como cidadãos de direito e possuidores de uma capacidade autônoma de reflexão e de eleição, com relação aos modos de levar a vida. Ademais, a participação na administração das relações entre desejos, interesses e necessidades sociais é imprescindível para a construção de sujeitos saudáveis.

---

18 Veja-se como exemplo desse tipo de perspectiva a proposta *Gurvitchiana* de construção de um direito social como uma espécie de autorregulamentação comunitária, vide o Capítulo Primeiro deste trabalho, bem como as notas 22, 23 e 24.

Hodiernamente, são enfatizados determinados estilos de vida, como a atividade física e a alimentação saudável, sendo tais comportamentos considerados caminhos para se alcançar uma longevidade com boas condições de saúde. Nesse ótica, *Gilles Lipovetsky*[19], em seu estudo sobre a "*sociedade contemporânea*", apresenta um *indivíduo* "*hipermoderno*" com comportamentos voltados para o cuidado com o corpo através da higiene e saúde, seguindo as orientações médicas e sanitárias, sempre em busca de uma melhor qualidade de vida; com efeito, tais atitudes são frequentes na época atual, tornando-se uma preocupação presente para um número considerável de pessoas. Além disso, para esse autor, o indivíduo "*hipermoderno*" desempenha muitas atividades, mas também é igualmente prudente, afetivo e relacional, visto que a aceleração dos ritmos não aboliu a sensibilidade em relação ao outro, nem os aspectos qualitativos, tampouco as opiniões de uma vida equilibrada, com observância aos valores éticos e aos sentimentos.

Para uma melhor compreensão da expressão "indivíduo hipermoderno", utilizada por *Lipovetsky,* iremos fazer uma breve explanação relacionada com as definições relativas à *Modernidade* e à *Pós-Modernidade*. A propósito, no que diz respeito ao que vem a ser Modernidade, já fizemos no início do primeiro Capítulo algumas considerações; contudo, restringimo-nos a determinados elementos da Sociedade Moderna que estão mais relacionados com a temática central desta obra.

A Modernidade, cuja presença é primordial em nossas ideias e práticas, há mais de três séculos, ainda está em discussão nos dias atuais. *David Harvey*[20], ao analisar essa matéria, destaca a

---

19 LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004a. p. 55.

20 HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens

conjugação entre o efêmero e fugidio e o eterno e imutável. Assim, no entendimento desse autor, a história do Modernismo como movimento estético tem variado de um lado para o outro dessa dupla formulação, às vezes dando a impressão de poder, já em outras situações, voltando-se em direção inversa. Logo, para esse autor, o Modernismo é uma:

> [...] resposta estética as condições de modernidade produzidas por um processo particular de modernização. Em conseqüência, uma interpretação adequada da ascensão do pós-modernismo tem de se haver com a natureza da modernização. Somente assim poderá ela ser capaz de julgar se o pós-modernismo é uma reação diferente a um processo imutável de modernização ou pressagia ou reflete uma mudança radical da natureza da própria modernização, rumo a, por exemplo, algum tipo de sociedade 'pós-industrial' ou mesmo 'pós-capitalista'.

Na concepção de *Krishan Kumar*[21], as palavras "*Modernidade*" e "*Modernismo*" eventualmente são utilizadas uma pela outra, mas com frequência recebem significados diferentes. Então, na compreensão desse autor, *Modernidade* é uma designação abrangente das mudanças intelectuais, sociais e políticas que criaram o mundo moderno; já o *Modernismo* seria um movimento cultural que surgiu no Ocidente em fins do século XIX, constituindo, em certos aspectos, uma reação crítica à Modernidade. Dessa maneira, *Kumar*

---

na mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara Sobral; Maria Stela Gonçalves. 12. ed. São Paulo: Loyola, 2003. p.97.

21 KUMAR, Krishan. **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna**: novas teorias sobre o mundo contemporâneo. Trad.Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.p.78.

entende que as duas expressões, mesmo tendo sentidos distintos, estão ligadas; e nem sempre é possível ser plenamente coerente mantendo-as separadas, tendo em vista que, em parte, não há consenso sobre seus significados; sendo que essas considerações também são válidas e aplicáveis aos termos "*Pós-Modernidade*" *e* "*Pós-Modernismo*". Certamente, tal como o Pós-Industrialismo e o Pós-Fordismo, o Pós-Modernismo é basicamente um "conceito de contrastes", pois extrai seu significado tanto do que exclui ou alega substituir, quanto do que inclui ou afirma em sentido positivo.

Diante do que foi apresentado, percebemos que para a *Modernidade* é possível estabelecer uma distinção entre "*Modernidade*" *e* "*Modernismo*", ou seja, é admissível elaborar um conceito de Modernidade no âmbito político ou ideológico, por um lado, e no campo cultural e estético, por outro. Porém, o mesmo entendimento não se aplica à ideia de *Pós-Modernidade*, haja vista que nesta situação não há uma tradição de uso a que possamos recorrer para diferenciar de forma pertinente "*Pós-Modernidade*" e "*Pós-Modernismo*".[22] Além do mais, ambos os termos são utilizados mais ou menos um pelo outro; mas admite-se, por analogia com a Modernidade, vincular Pós-Modernidade para o conceito social e político mais geral; e Pós-Modernismo para seu equivalente cultural.[23] Contudo, essa afirmativa vai contra a compreensão dominante, que se recusa a fazer uma distinção clara entre tais expressões, pois a ideia mais frequente de Pós-Modernidade diz respeito a neutralização das fronteiras entre os campos político, econômico, social e cultural.

---

22 KUMAR, 1997, p. 112-113.

23 Veja-se como exemplo desse tipo de abordagem o estudo de *Hassan apud Harvey*, que faz diferenças esquemáticas entre *Modernismo e Pós-Modernismo*. Tal estudo estabelece uma série de oposições estilísticas para melhor entender as maneiras pelas quais o *Pós-Modernismo* poderia ser retratado como uma reação ao *Modernismo*. HARVEY, 2003, p.48.

Sem embargo, o Modernismo é, antes de mais nada, um estilo, uma linguagem, um sistema de signos com suas significações; de modo que este termo expressaria um fato (por exemplo: a *Semana de Arte Moderna* de 1922; o *Surrealismo*; entre outros), enquanto que a Modernidade seria a reflexão sobre o fato, que envolve também a crítica, a interrogação e a dúvida. Portanto, por ser um processo de descoberta, a Modernidade é uma ação, tendo um ponto de partida e um programa de trabalho; sendo que seu marco de chegada é incerto e não sabido, bem como o seu percurso não resulta do projeto individual, mas do somatório de vários.

Em uma relevante teorização, cujas principais linhas reúnem ideias com as quais concordamos, *Giddens*[24] afirma, com relação às descontinuidades da Modernidade, que:

> A idéia de que a história humana é marcada por certas 'descontinuidades' e não tem uma forma homogênea de desenvolvimento é obviamente familiar e tem sido enfatizada em muitas versões do marxismo. Meu uso do termo não tem conexão particular com o materialismo histórico, contudo, e não está dirigido para a caracterização da história humana como um todo. Existem, indiscutivelmente, descontinuidades em várias fases do desenvolvimento histórico – como, por exemplo, nos pontos de transição entre sociedades tribais e a emergência de estados agrários. Não estou preocupado com estas. O que quero sublinhar é aquela descontinuidade específica, ou o conjunto de descontinuidades, associada ao período moderno. Os modos de vida produzidos pela modernidade nos desvencilharam de todos

---

24 GIDDENS, 1991, p.13-14.

> os tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedentes. Tanto em sua extensionalidade quanto em sua intencionalidade, as transformações envolvidas na modernidade são mais profundas que a maioria dos tipos de mudança características dos períodos precedentes. Sobre o plano extensional, elas serviram para estabelecer formas de interconexão social que cobrem o globo; em termos intencionais, elas vieram a alterar algumas das mais íntimas e pessoais características de nossa existência cotidiana [...].

Nessa exposição, as *Sociedades Modernas* são exteriorizadas por mudanças constantes, rápidas e permanentes, sendo esse aspecto a principal distinção entre tais sociedades e as denominadas "*tradicionais*". Por outro lado, a Modernidade, diferentemente, não é definida apenas como a experiência de convivência com a mudança rápida, ampla e contínua, mas sim é uma forma reflexiva[25] de vida. Em suma, observamos que as sociedades da Modernidade contemporânea, ou mesmo da Pós-Modernidade, são caracterizadas pela presença de diversas divisões e antagonismos sociais que levam a produção de vários tipos de sujeitos, ou seja, possibilitam a construção de diferentes identidades para os indivíduos, exteriorizando um verdadeiro processo de fragmentação de identidades.[26]

---

25 Encontramos esse tipo de perspectiva em grande parte no estudo do *Giddens*, quando afirma que: "Há um sentido no qual a reflexividade é uma característica definidora de toda ação humana. Todos os seres humanos rotineiramente 'se mantêm em contato com as bases do que fazem [...]. A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformuladas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas alterando assim constitutivamente seu caráter". GIDDENS, 1991, p. 43-45.

26 HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz

Do ponto de vista conceitual, uma vigorosa defesa da Modernidade e uma forte rejeição da Pós-Modernidade são encontradas em *Berman*[27], quando esclarece que:

> Existe um tipo de experiência vital – experiência de tempo e espaço, de si mesmo e dos outros, das possibilidades e perigos da vida – que é compartilhada por homens e mulheres em todo o mundo, hoje. Designarei esse conjunto de experiências como 'modernidade'. Ser moderno é encontrar-se em um ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação das coisas em redor – mas ao mesmo tempo ameaça destruir tudo o que temos, tudo o que sabemos, tudo o que somos. A experiência ambiental da modernidade anula todas as fronteiras geográficas e raciais, de classe e nacionalidade, de religião e ideologia: nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade une a espécie humana. Porém, é uma unidade paradoxal, uma unidade de desunidade: ela nos despeja a todos, num turbilhão de permanente desintegração e mudança, de luta e contradição, de ambigüidade e angústia. Ser moderno é fazer parte de um universo no qual, como disse Marx, 'tudo o que é sólido se desmancha no ar'.

Tadeu da Silva; Guacira Lopes Louro. 8.ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2003. p.14-15.

27 BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar**: a aventura da modernidade. Trad. Carlos Felipe Moisés; Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.p.15.

Ainda no âmbito da Sociedade Moderna, *Lipovetsky* sempre teve uma grande preocupação em explorar minuciosamente os aspectos relacionados com o indivíduo contemporâneo, tais como a moda[28], as mudanças na ética, as alterações da sociedade de consumo etc. Ressalte-se que esse autor teve como fonte inspiradora *Aléxis de Tocqueville*, que destacou-se por ter sido o primeiro a diagnosticar o aparecimento de indivíduos preocupados com a própria felicidade, como também a se dedicar a temas como democracia, liberdade, igualdade, tipo ideal de sociedade democrática, entre outros.[29] Logo, para *Tocqueville,* nas sociedades igualitárias que pretendiam autogovernar-se, havia a necessidade de uma disciplina moral inscrita na consciência individual; consequentemente, era preciso que os cidadãos se sujeitassem interiormente a uma disciplina que não fosse apenas imposta pelo medo da punição.

Contudo, entendemos que a Modernidade não conseguiu concretizar os ideais do Iluminismo, bem como, ao invés de investir em um trabalho de libertação, deu espaço a uma proposta de subjugação burocrática e disciplinar sobre as pessoas. Nesse sentido, *Michel Foucault*[30] sempre questionou esse aspecto da Modernidade, destacando o "*poder disciplinar*", cujo objetivo é mais controlar do

---

28 Sobre a *moda*, *Lipovetsky* explica especificamente o que é o fenômeno da moda e o que permite a passagem das sociedades fechadas para as sociedades abertas. LIPOVETSKY, Gilles. **O império do efêmero**: a moda e seu destino nas sociedades modernas. Trad. Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

29 TOQUEVILLE, Aléxis de. **A democracia na América**. v.2. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 150-157; v.tb. CHARLES, Sébastian. O individualismo paradoxal: introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In. LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004a. p.15-16; ARON, Raymond. **As etapas do pensamento filosófico.** Trad. Sérgio Bath. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.337 e 360.

30 FOUCAULT, 2004a, p. 153 e 173.

que libertar os homens; com efeito, para esse autor, a disciplina é uma das principais tecnologias das Sociedades Modernas, sendo elas definidas como "poder da norma". Ademais, *Foucault* enfatiza que: "[...] a extensão progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social, levaria a formação do que se poderia chamar grosso modo de sociedade disciplinar".

Outrossim, é relevante salientar que na mesma época em que *Foucault* fazia das disciplinas o princípio da expressão da realidade das *Sociedades Modernas*, *Lipovetsky*[31] declarava que estávamos entrando em uma *Sociedade Pós-Disciplinar*, chamando-a de *Pós-Modernidade*; sendo este período marcado por uma crise referencial, que nos retiraria do controle disciplinar moderno descrito por *Foucault.* Nessa mesma linha de pensamento, *Sébastian Charles*[32], que acompanha a concepção suscitada por *Lipovetsky*, propõe uma compreensão da Pós-Modernidade de uma forma paradoxal, pois nela estariam presentes duas lógicas: uma que valoriza a autonomia e outra que intensifica a independência. De fato, em decorrência das alterações sociais, os indivíduos, no contexto Pós-Disciplinar, têm a opção de assumir responsabilidade ou não, de autocontrolar-se ou deixar-se levar; como é o caso da alimentação e dos comportamentos individuais voltados para uma vida mais saudável e de melhor qualidade.

Então, é nesse ângulo que *Lipovetsky*[33] apresenta uma descrição mais flexível de nossas sociedades, objetivando uma melhor compreensão do fenômeno da Pós- Modernidade e asseverando o

---

31 LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**. Trad. Miguel Serras Pereira; Ana Luisa Faria. Lisboa: Relógio D'agua, 1990. p. 18-23.

32 CHARLES, S., 2004a, p.21.

33 LIPOVETSKY, 2004a, p. 56; LIPOVETSKY, Gilles. **Metamoforses da cultura**: ética, mídia e empresa. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2004b. p. 12.

hiperindividualismo com suas novas normas sociais. Mas, registre-se que, no período clássico, o aparecimento do individualismo aconteceu no mesmo momento em que foi evidenciado a ampliação do poder estatal, o que levou à autonomização dos indivíduos a ser mais formal que material. Assim, a Pós-Modernidade expressa o momento histórico em que as resistências institucionais, que criam obstáculos à emancipação individual, desaparecem, dando oportunidade à exteriorização dos desejos subjetivos e da concretização individual; por conseguinte, observa-se a diminuição do poder das grandes estruturas socializantes, como também as tradicionais ideologias e os projetos históricos já não estão mais em plena expansão.

Com efeito, surge uma nova sociedade voltada para as novidades que o presente traz, sendo caracterizada por uma lógica da sedução, onde a hedonização da vida seria possível às várias camadas sociais que se preocupam com o gosto pelas novidades e pelo culto ao desenvolvimento pessoal, expressando uma ideologia individualista hedonista. Certamente, é o aparecimento do modelo de Sociedade Pós-Moderna descrita por *Lipovetsky*[34] que explica melhor a análise social por meio da sedução, em vez de explicações baseadas em noções de alienação ou de disciplina, não havendo mais padrões prescritos por grupos sociais e sim por comportamentos individuais em que há a exaltação dos desejos, do ego e do bem-estar.

Por outro lado, *Charles*[35] assinala uma terceira fase da *Modernidade*, que se segue a *Pós-Modernidade*, denominando-a de *Hipermodernidade,* sendo "uma sociedade liberal, caracterizada pelo movimento, pela fluidez, pela flexibilidade; indiferente como nunca foi aos grandes princípios estruturantes da modernidade,

34 LIPOVETSKY,1990, p. 22-23.

35 CHARLES, S., 2004a, p. 25-26.

que precisaram adaptar-se ao ritmo hipermoderno para não desaparecer". Em seguida, esse autor destaca que: "a era hipermoderna produz num só movimento a ordem e a desordem, a independência e a dependência subjetiva, a moderação e a imoderação". Além disso, trata-se de uma fase da Modernidade que ultrapassa o aspecto ideológico-político, haja vista que ela vem através da tecnologia, da mídia, da economia, do urbanismo e do consumo; então, a Modernidade era negadora, enquanto a Hipermodernidade seria integradora, pois não há mais a destruição do passado, mas sim sua reformulação no âmbito das atuais lógicas do mercado, do consumo e da individualidade.

Em resumo, a Hipermodernidade é autorreflexiva, individualística, emocional e identitária, seguindo próxima a conscientização dos indivíduos e sendo revolucionária nos campos técnico e científico. Contudo, é importante ressaltar que a concepção da Sociedade Hipermoderna não é a mesma que a da Pós-Moderna, visto que o termo Pós- Modernidade[36] é uma linha de pensamento que questiona as noções clássicas de verdade, razão, identidade, objetividade, a ideia de progresso, os sistemas únicos, as grandes narrativas, entre outras.[37] Portanto, contrariando a essas normas

---

36 Veja-se como exemplo desse tipo de abordagem o estudo de *Hassan apud Harvey*, que faz diferenças esquemáticas entre Modernismo e Pós-Modernismo. Tal análise comparativa estabelece uma série de oposições estilísticas para melhor entender as maneiras pelas quais o Pós-Modernismo poderia ser retratado como uma reação ao Modernismo. HARVEY, 2003, p.45

37 Nesse sentido, Cf. LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Trad. Ricardo Corrêa Barbosa. 7.ed. Rio de janeiro: José Olimpio, 2002; LYON, David. **Pós-modernidade**. Trad.Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 1998; Sobre a *Teoria da Pós-Modernidade*, *Charles Jenks*, em 15 de julho de 1972 afirmou que os novos tempos pós-modernos começaram quando o grande conjunto habitacional de *Pruitt-Igoe* em *St–Louis*, nos EUA, foi dinamitado após ter sido julgado inabitável. Tratava-se do projeto de *Le*

do Iluminismo, a Pós-Modernidade vê o mundo como contingente, diverso, instável, imprevisível etc. Nessa perspectiva, lembramos o estudo de *Harvey*[38] sobre a passagem da Modernidade a uma condição Pós-Moderna, enfatizando os aspectos histórico e cultural, bem como de tempo e espaço.

Já no entendimento de *Kumar*[39], o termo Pós-Modernidade cria mais problemas do que resolve. De modo que surgem inúmeras discussões com relação a tal expressão, pois é um conceito onde tudo cabe, sendo tão vago e geral que se torna vazio; ou será que é a descrição de uma nova situação da sociedade, ou um estado das coisas "após" ou "além" da Modernidade, ou uma forma de reflexão sobre a Modernidade, ou mesmo um modo de relacionar-se com as condições modernas e suas consequências?

Uma outra vertente, defendida por *Lipovetsky* [40], esclarece que o termo *Pós-Modernidade* traz uma certa ambiguidade, para não dizer vaguidade, como também o pós de Pós-Moderno indicava um olhar para um passado que havia chegado ao fim, como já observamos antes. Assim, na concepção desse autor, a Pós-Modernidade não pode ser uma Hipermodernidade, tendo em vista que tudo se passa como se tivéssemos ido da época do pós para a era do hiper; então, a Pós-Modernidade não terá sido mais que um estágio de transição, um momento de curta duração, que já não é o nosso.

Corbusier, onde tudo era racionalidade e funcionalidade; sendo que a implosão deste conjunto significava também o desmoronamento de uma série de proposições que davam sustentação a esse tipo de projeto arquitetônico; HARVEY, 2003, p.48.

38 HARVEY, 2003, p.21, 187 e 293.

39 KUMAR, 1997, p. 147 e 182.

40 LIPOVETSKY, 2004a, p. 52-53 e 56-58.

Após essas reflexões, compreendemos que o importante é perceber até que ponto as ideias de Modernidade e de Pós-Modernidade, ou mesmo Hipermodernidade, são pertinentes; além do mais, devemos pensar a Pós-Modernidade como algo que advém de uma crise paradigmática da Modernidade, de maneira que a discussão sobre tais temas sejam possibilidades de saída. Enfim, o estudo da Modernidade e da Pós-Modernidade é de extrema relevância, pois nos norteará para uma melhor compreensão do futuro da sociedade contemporânea.

Em última análise, cumpre destacar que o processo de racionalização descrito por *Weber*[41] alcança uma nova dimensão ao generalizar-se às práticas mais cotidianas. Realmente, em poucos decênios o homem vulgar transformou-se em um homem científico, que lança cada vez mais um olhar crítico sobre os vários setores da sua vida pessoal, haja vista que a sociedade tornou-se um enorme laboratório. Ademais, a escola e as diferentes instituições, com seu caráter universalista e disciplinar, não respondem mais às novas exigências de saber que partem do próprio indivíduo, que está cada vez melhor informado, por meio de fontes que dão ênfase a uma reflexão alimentada de ciências humanas, quanto ao relacional, à comunicação e ao familiar; e de ciências da natureza, quanto à saúde e aos cuidados corporais.

Logo, é nessa realidade que os indivíduos renunciam às satisfações imediatas, corrigindo e reorientando seus comportamentos cotidianos, pois a medicina, não mais se contentando em tratar os doentes, intervém antes do surgimento dos sintomas, informando sobre os riscos em que se incorre; bem como estimulando o monitoramento da saúde, através de exames clínicos, da vigilância

---

41 WEBER, Max. **Ensaios de sociologia**. In: GERTH, H.; MILLS, C.W. (orgs.). Biblioteca de ciências sociais. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. p. 277-282.

higienista e da modificação dos estilos de vida. Nesse sentido, afirma *Lipovetsky*[42] que:

> A época é do risco zero, da proteção total das vidas e da saúde, da exigência de prudência preventiva, chamada hoje de 'princípio da precaução'. Essa nova exigência típica do individualismo pós-moderno não é uma esquisitice passageira. Penetra profundamente na nossa cultura moderna, que, em essência, é uma cultura prometeica.

Realmente, nos dias de hoje, a normalização médica chega cada vez mais aos territórios do campo social, e assim a saúde vai se tornando uma preocupação frequente para um número crescente de indivíduos de todas as idades, norteados pela ideologia da longevidade, já que a saúde figura entre os maiores valores da vida do ser humano, implicando diretamente na qualidade de vida das pessoas.

Finalizamos essa abordagem, alertando para o fato de que a crescente necessidade de cuidados e tratamento de uma população exige políticas públicas adequadas, que devem propiciar saúde durante toda a vida, incluindo sua promoção e prevenção das doenças. Ademais, o desenvolvimento das ciências médica e biológica nos últimos anos, como também o acesso às novidades tecnológicas, vêm possibilitando inúmeros avanços na esfera da saúde, destacando-se uma melhor aplicação da medicina preventiva; a evolução dos métodos diagnósticos; a utilização da informática na criação de instrumentos cirúrgicos; a inserção de recursos digitais nas cirurgias; descobertas de outros medicamentos; o *desenvolvimento e aprimoramento das técnicas de transplantes*; entre outras inovações. Enfim, tudo isso tendo em vista uma efetiva humanização da saúde.

---

42 LIPOVETSKY, 2004b, p. 51.

O Cenário dos *Transplantes de órgãos* no Brasil

Os avanços tecnológico e científico, sempre buscando o aperfeiçoamento e a melhoria das condições de saúde do ser humano, remetem-nos a um novo patamar da ciência médica, representado pela rotinização dos *transplantes de órgãos*, abrindo assim novos horizontes de possibilidades terapêuticas para determinadas doenças. Sem dúvida, tal evento representa uma fantástica proeza da espécie humana em sua constante procura de uma melhor qualidade de vida para as pessoas.[43] Mas, não obstante a esse progresso

---

43 Veja-se como exemplo desse tipo de procedimento a recente intervenção realizada pelo cirurgião francês *Jean-Michel Dubernard*, formado na Escola de Medicina de Harvard, sendo atualmente um dos maiores especialistas em transplantes na França. Em 27 de novembro de 2005, no hospital de Amiens, no norte da França, *Dubernard* e outros 19 cirurgiões realizaram um transplante na francesa *Isabelle Dinoire*, de 38 anos, após ter seu rosto dilacerado pela mordida de seu cão labrador. A francesa recebeu queixo, nariz e boca de uma doadora – também francesa de 38 anos, que havia cometido suicídio por enforcamento. Segundo o cirurgião francês, não havia outro recurso para reconstituir a aparência de *Isabelle*; sendo que a cirurgia foi um sucesso, no dia 06 de fevereiro de 2006, a jovem mulher mostrou ao mundo, através da mídia, seu novo rosto. CRAVEIRO, Rodrigo, Cirurgião francês que comandou inédita operação de transplante facial prevê disseminação da técnica. ***Correio Braziliense***, Brasília, DF, 12 fev. 2006. Folha Mundo, p.28. Outro fato ocorrido que revela o intenso avanço no campo dos transplantes aconteceu no dia 20 de fevereiro de 2006, quando cirurgiões de um hospital de Londres conseguiram fazer o coração de uma menina britânica de 12 anos voltar a funcionar após o órgão ter ficado inativo por dez anos; neste período, a criança sobreviveu graças a um implante de coração, tudo isso de acordo com informações da rede "BBC" de Londres. Na operação pioneira no *Reino Unido*, os cirurgiões conseguiram recuperar as funções do coração de *Hannah Clark*, de *Gales*, que nunca havia sido retirado do corpo da criança. *Hannah* esta tendo uma boa recuperação após a cirurgia, que aconteceu no dia 20 de fevereiro de 2006, no Hospital Great Ormond Street, em *Londres*, depois que seu organismo rejeitou o órgão transplantado. A criança teve que passar por um transplante de coração há dez

na área científica e tecnológica, surgiu a dificuldade, que ainda permanece, com relação à doação de órgãos, haja vista que se fez necessário implantar toda uma filosofia sobre o ato de doar órgãos, visando motivar e movimentar pessoas com este objetivo; ou seja, deve ser construída, cultivada e adotada, de maneira permanente e progressiva, toda uma estrutura de pensamento no intuito de despertar nosso semelhante para tal possibilidade. Além do mais, já se disse que "na natureza nada se cria e nada se perde, tudo se transforma"; e por que não transformar a dor irreparável da perda de um ser em uma nova vida para outrem?

Mais de quarenta anos já se decorreram desde que tiveram início, no Brasil, a era da tecnologia dos transplantes de órgãos; tendo este procedimento salvo muitas vidas, pois vem evoluindo bastante nesse intervalo de tempo, surgindo vários centros de referência, com uma constante atualização técnica de seus profissionais. De fato, em nosso país, os resultados obtidos com essa técnica cirúrgica, são equiparados aos melhores centros do mundo; contudo,

---

anos porque tinha cardiomiopatia; nesta época, os médicos decidiram deixar seu coração inativo e transplantar o órgão de um doador, que funcionou perfeitamente até novembro de 2005, quando num exame de rotina os médicos detectaram que o corpo da criança tinha começado a rejeitar o órgão. O Dr. *Magdi Yacoub*, que fez o transplante original quando a menina tinha dois anos, assessorou os cirurgiões que realizaram a operação. Esse médico declarou à "BBC" de *Londres* que: "Havia uma possibilidade remota que seu coração voltasse a funcionar, portanto se tentou e funcionou. É realmente maravilhoso [...] Agora é uma menina feliz, com seu próprio coração, que funciona normalmente. Todas as complicações foram eliminadas. A historia teve um final feliz". O Professor *Peter Weissberg*, diretor-médico da Fundação Britânica do Coração, descreveu a operação "como um evento apaixonante e importante". CIÊNCIA e meio-ambiente. Coração da menina volta a funcionar após dez anos parado. **Jornal o Estado de São Paulo**/Jornal da Tarde – edições eletrônicas, 13 abr. 2006. Disponível em: <http://forum.estadao.com.br/forum/materia/prepare> Acesso em: 15 abr. 2006.

um aspecto dessa área, que é ligado à ação dos poderes governamentais, destoava esse conceito, tendo em vista que a política de captação e distribuição de órgãos para a finalidade de transplantação ficou com uma velocidade de aprimoramento bem atrás da atividade clínico-cirúrgica, isso há alguns anos. Porém, atualmente essa situação vem melhorando, especialmente por meio de uma atuação eficiente do Sistema Nacional de Transplantes e de outras instituições correlacionadas, todas ligadas ao Ministério da Saúde, como veremos posteriormente.

Indiscutivelmente, o desenvolvimento dos transplantes e sua aplicação no tratamento das moléstias terminais de alguns órgãos converteram-se em um dos capítulos de maior êxito na história da medicina, pois, em aproximadamente cinco décadas, essa cirurgia evoluiu de um procedimento relativamente arriscado, realizado apenas em pacientes com doença renal crônica em estágio final, para uma intervenção terapêutica eficaz em doentes com enfermidades terminais do coração, fígado e pulmão. Nesse contexto, ressaltamos que os recentes progressos no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos, além da introdução de drogas imunossupressoras mais modernas, vieram a contribuir para melhorar os resultados dos transplantes.

No caso específico dos pacientes renais crônicos, o transplante oferece a melhor oportunidade de sobrevida, a longo prazo, e de reabilitação, com menor custo social que a hemodiálise[44]; sendo que, para aqueles enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumonia terminal, tal procedimento é de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de evitar a morte certa, em poucos meses,

---

44 SCHNUELLE, P.; LORENZ, D. ; TREDE, M; et al. Impact of cadaveric transplantation on survival in end-stage renal fairlure: evidence for reduced mortality risk compared with hemodialysis during long-term follow-up. **J. Am. Soc. Nephrol.**, v.9, p. 2.135 – 2.141, 1998.

oferecendo a expectativa de uma nova vida. Assim, devido a esse grande êxito, as indicações para transplante de órgãos sólidos estão se tornando cada vez mais liberais, aceitando-se, inclusive, pacientes idosos ou com doenças sistêmicas associadas, levando, consequentemente, a uma expansão no número de potenciais receptores. Portanto, estima-se que anualmente, em todo o mundo, em torno de 500 mil pessoas desenvolvam insuficiência renal crônica, 300 mil insuficiência cardíaca e 200 mil insuficiência hepática, provocando uma demanda, apenas destes órgãos, de um milhão de transplantes por ano.[45]

A principal característica do transplante que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador vivo ou *post mortem*; mas, na presente época, a captação de órgãos provenientes de cadáveres ainda não atende à demanda na quase totalidade dos países que realizam transplantes. De forma que é verificada uma grande limitação ao transplante com doações *post mortem*, visto que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem pode converter-se em efetivos doadores de órgãos; sendo isso explicado devido ao fato de que a retirada de órgãos, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, ou seja, em pacientes que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos, a respiração e a circulação sanguínea.[46]

---

45 GARCIA, V.D.; ABRAHÃO, M.R.C.; HOEFELMANN, N. Procura de órgãos. In: NEUMANN, J.; ABBUD FILHO, M. ; GARCIA, V. D. (orgs.). **Transplantes de Órgãos e Tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 91-102.

46 Nesse sentido, estima-se que somente 1% a 4% das pessoas que morrem em hospital e de 10% a 15% daquelas que morrem em unidades de terapias intensivas apresentem o quadro de morte encefálica, sendo, portanto, potenciais doadores. Cf.GORE, S.M.; CABLE, D.J.; HOLLAND, A. J. Organ donation

O processo de obtenção de órgãos para transplante é bastante complexo, iniciando-se com os médicos intensivistas ou assistentes que, juntamente com os membros das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes, identificam os potenciais doadores[47], diagnosticam a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) da respectiva região; continuando com a entrevista, em que se solicita o consentimento para a remoção dos órgãos e tecidos, bem como são avaliadas as condições clínicas do potencial doador e a viabilidade dos órgãos a serem extraídos; e terminando, após a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com o acompanhamento dos resultados.

Certamente, em decorrência do restrito número de casos de morte encefálica e do complexo processo de obtenção de órgãos, o número insuficiente de doadores para atender ao aumento da demanda de pacientes em lista de espera passou a ser o maior entrave para a realização de transplantes. Desse modo, a ausência de órgãos reflete não apenas a falta de potenciais doadores, mas também, e principalmente, a dificuldade em convertê-los em doadores; por conseguinte, foi observado um crescente distanciamento entre a procura para o transplante e a disponibilidade de órgãos e

---

from intensive case units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive case. **Br. Med. J.** v. 304. p 349-355, 1992.

47 ***Potencial doador*** é qualquer pessoa com diagnóstico clínico de morte encefálica, ou com o primeiro teste clínico de morte encefálica, em que contra-indicações médicas, conhecidas previamente, representando potencial risco para o receptor, tenham sido descartadas. Registre-se, que é considerado potencial doador um paciente que evolua para morte encefálica e, na avaliação para a doação, apresente sorologia positiva para HIV ou, na remoção dos órgãos, seja diagnosticada alguma neoplasia. Cf. GARCIA, Valter Duro. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000. p. 38-39.

tecidos. Logo, esta situação originou a formação do atual Sistema Nacional de Transplantes (SNT), com as respectivas Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos para cada Estado da federação, objetivando organizar os aspectos anteriormente mencionados, como veremos ainda neste Capítulo.

Os transplantes de órgãos vem evoluindo em vários ângulos, destacando-se a técnica, o combate à rejeição, as variedades de órgãos transplantados e a quantidade de procedimentos. Neste século, o Brasil tem apresentado um crescimento no número de transplantes, haja vista que dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos(ABTO), apontam que nos anos de 2001 e 2002, foram realizados 3.952 e 3.045 transplantes de órgãos (coração, fígado, intestino, pâncreas, pulmão e rim) enquanto foram procedidos 4.996 e 5.866 transplantes de tecidos (pele, ossos e córnea). Com relação aos anos de 2009 e 2010, foram efetivados 6.038 e 6.452 transplantes de órgãos; já no que diz respeito aos transplantes de tecidos, os números foram de 35.246 e 36.461, respectivamente. Logo, considerando a evolução anual dos transplantes de órgãos (por milhão de habitantes), houve um aumento de: 23.0(2001) e 23.4(2002) para 31.8(2009) e 33.5(2010). Já no que se refere aos transplantes de tecidos, houve uma elevação de 29.0(2001) e 33.6(2002), para 185.6(2009) e 190.1(2010), respectivamente. Quanto as doações de órgãos e tecidos, a ABTO também divulgou números positivos, com um aumento de 26% de 2008 para 2009, isso a partir de doadores efetivos de órgãos - cujas doações resultaram em transplantes. [48]

---

48 ABTO. **Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)**. São Paulo. ano XVII, n.2, p. 3, 7 e 19, jan./jun. 2011; BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 2005a. p. 5-6; BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde: **Campanhas de saúde 2007**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/area.cfm?id_area=137> . Acesso em: 05 jun. 2007.

De fato, o Sistema Nacional de Transplantes registrou um aumento no total de procedimentos em praticamente todo o território brasileiro, sendo que tal crescimento é consequência da conscientização da população, da atuação competente das equipes e instituições autorizadas pelo Ministério da Saúde, como também da regulamentação do SNT, fundamentada na lei vigente; ademais, de acordo com a nossa legislação constitucional, todo cidadão tem direito a receber órgãos, em conformidade com a indicação médica, gratuitamente; sendo que o SUS garante a assistência durante toda a vida do paciente transplantado, fornecendo, inclusive, os medicamentos (imunossupressores) necessários para evitar a rejeição.[49] E foi devido a esse considerável crescimento, que o Brasil chegou a ocupar o segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo, tornando-se, assim, uma referência internacional.[50]

---

49 BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: transplantes. Brasília, DF, p. 24-25, dez. 2002.

50 Veja-se, como exemplo, o fato ocorrido no dia 24 de outubro de 2004, em que duas equipes do Hospital Santa Paula, na cidade de João Pessoa-PB, realizaram a retirada dos órgãos de C.F.S., de 14 anos, vítima de ruptura de um Aneurisma Cerebral. A doação foi autorizada pelos genitores do paciente, que estava internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deste nosocômio desde o dia 21 de outubro de 2004; sendo que os órgãos captados foram encaminhados para pacientes que integram as listas de espera dos Estados da Paraíba, Pernambuco e Amazonas. De fato, gestos como o da família de C.F.S. contribuem para colocar o Brasil no segundo lugar no mundo em número de transplantes feitos por ano, sendo mais de 90% realizado pelo Serviço Público de Saúde. Cf. CATÃO, Marconi do Ó. **Uma dádiva moderna:** transplantes de órgãos inter vivos. 2008. 437f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008. p. 331.

Saliente-se que, do total de transplantes feitos no Brasil, 80% são realizados com sucesso; mas, apesar desses dados positivos, o índice de doações de órgãos e tecidos ainda é bastante baixo[51]se confrontado com a demanda. Realmente, segundo dados do Ministério da Saúde, até setembro de 2007 mais de 70 mil pacientes estavam na lista de espera para realizar um transplante.[52]

A atual lei brasileira sobre transplantes foi criada com a atuação do Ministério da Saúde no sentido de implementar as seguintes medidas: organização do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); implantação das listas únicas de receptores; criação das Centrais Estaduais de Transplantes; normatização de atividade; cadastramento e autorização de hospitais transplantadores e equipes especializadas; e estabelecimento dos critérios de financiamento para o setor. Com efeito, reiteramos que a Política Nacional de Transplantes de Órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação Constitucional (art. 5º, *Caput* c/c art. 199, parágrafo 4º da CF/88) e na Legislação Complementar (Lei nº. 9434/97, Decreto nº 2268/97 e Lei nº. 10.211/01), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência no que diz respeito aos doadores vivos; além disso, estabelece garantias e direitos aos pacientes que necessitam desse procedimento. Por fim,

---

51 Nesse sentido, Cf. a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, de cada oito potenciais doadores, apenas um é notificado, BRASIL, Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO): Entenda a doação de órgãos e decida-se pela vida. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, ano XVII, n. 136, p. 11, ago. 2002b.

52 BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes: lista de espera 2006**. CGSNT/DAE/SAS. Brasília, DF.2006a.Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/ index_gestor.htm>. Acesso em: 15 abr. 2006; BRASIL, Ministério da Saúde. Portal Saúde: **Campanhas de saúde 2007**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude.cfm?id_area=137>. Acesso em 5 de jun. 2007.

é importante também destacar que toda a política de transplante está em harmonia com as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, que regem o funcionamento do SUS.

Em geral, o Sistema Nacional de Transplantes é hoje em dia reconhecido na sociedade brasileira, tanto pelos pacientes quanto pela comunidade transplantadora; sendo que isto se deve ao grande esforço que o Ministério da Saúde tem empreendido nessa área. Assim, em virtude da regulamentação desse setor, atualmente existem regras claras para a retirada de órgãos, partes e tecidos para o procedimento de transplantes; destacando-se as exigências técnicas quanto aos recursos humanos e materiais para a realização de transplante de cada órgão especificado; entre outros aspectos.

Ademais, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, a implantação, nos Estados da federação, das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, também chamadas de Centrais Estaduais de Transplantes. Na época atual, praticamente todos os Estados e o Distrito Federal já têm central de transplantes. Desde a sua criação (1997), o SNT tem como prioridade evidenciar com transparência todas as suas ações no campo da política de doação-transplante, visando primordialmente à confiabilidade do sistema e a assistência de qualidade ao cidadão brasileiro. Assim, o Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo, com 555 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas pelo SNT a realizarem transplantes.[53]

---

53 **CRESCE NÚMERO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS NO BRASIL**. Teresina, fev. 2010. Disponível em: <http://humanasaude.com.br/novo/noticia_impressao.php?secao=2&.i...> Acesso em: 28 ago. 2011; v. tb: BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 2005a, p. 5.

Dessa forma, os transplantes são controlados pelo Poder Público, que credencia tanto as equipes quanto os estabelecimentos; sendo que, as CNCDOs se encarregam de receber os órgãos dos hospitais e fazer com que cheguem aos receptores, por meio de um cadastro único que obedece, além da ordem cronológica de entrada na lista, à compatibilidade anatômica, sanguínea e genética, e também às situações de gravidade clínica.

No ano 2000, foi criada a Central Nacional de Transplantes(CNT), que funciona vinte e quatro horas por dia no aeroporto de Brasília; esta central articula o trabalho das Centrais Estaduais e define os meios para as transferências de órgãos entre os Estados, objetivando contemplar estados de urgência e evitar os desperdícios de órgãos sem condições de aproveitamento na sua origem. Para apoiar as ações da CNT, em 2001 o Ministério da Saúde assinou um Termo de Cooperação com 15 empresas aéreas, o que vem garantindo o transporte gratuito de órgãos e, eventualmente, das equipes médicas de retirada de órgãos e tecidos; de modo igual, foi também criado o Banco de Órgãos e Tecidos, que é responsável pela conservação de órgãos e tecidos para transplantes.[54] Ainda em 2001, o Ministério da Saúde editou uma portaria regulamentando a Central Nacional de Transplantes, bem como fixando os aspectos relativos à distribuição dos órgãos captados entre os Estados com os correspondentes mecanismos de controle.

De modo sumário, foi estabelecida a regionalização e os critérios para distribuição de órgãos por meio da Central Nacional de Transplantes, sendo estipulados determinados procedimentos a serem cumpridos por esta central e as Centrais Estaduais doadoras e receptoras. Portanto, caso não exista receptor compatível ou possibilidade de realizar o transplante no Estado de origem, os

---

54 BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: a vida por um órgão. Brasília, DF, dez., 2002a. p. 24-25.

órgãos não aproveitados serão transferidos a outro Estado, sendo que esta transferência obedecerá à regionalização estabelecida e aos critérios de priorização. Então, em conformidade com a normatização instituída, se existe um doador em um determinado Estado será priorizado um receptor de Estados pertencentes a sua correspondente região determinada na portaria. Esta medida tem o objetivo de aproveitar ao máximo os órgãos doados; de maneira que foram definidas quatro regiões para a captação e distribuição de órgãos: Região I (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná); Região II (Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo); Região III (São Paulo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Distrito Federal, Tocantins, Amazonas, Pará, Acre, Roraima, Rondônia e Amapá); Região IV (Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí). Mas, além da regionalização, a distribuição de órgãos deverá obedecer aos seguintes critérios de prioridades[55]: pessoas em estado de

---

55 Existem situações clínicas específicas que não possibilitam outra forma de tratamento se não o transplante imediato, caso contrário, em poucas horas, o paciente evolui para o óbito. Visando atender a estas situações, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 3.407/98, que especifica as situações clínicas que determinam urgência para coração, rim, fígado, pulmão e córnea. Cf. BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**: Urgência para transplante. Disponível em: <http: //dtr. 2001. saude. gov.br/ transplantes/index_pop.htm> Acesso em: 10 abril 2006. Mais recentemente, o Ministro da Saúde, *Agenor Álvares,* assinou, no dia 26 de maio de 2006, uma portaria que muda o critério de distribuição de fígados aos pacientes em lista de espera para transplante. A fila passa a ser organizada, em todo o Brasil, pela gravidade do paciente, em substituição à ordem de inscrição, modelo vigente desde 1997. Com a publicação, no Diário Oficial da União (DOU), da portaria que muda este sistema, as Centrais Estaduais de Transplantes têm 30 dias para se ajustarem ao novo formato. Cf. CIÊNCIA e meio ambiente. Muda critério para transplante de fígado. **Estadão**. São Paulo, p. 1, 26 mai. 2006. Disponível em: <http:// www.estadao.com.br/ ciencia/noticias/ 2006/mai/26/41.htm> Acesso em: 26 mai. 2006.

emergência dentro da própria região de captação; pacientes em emergência nas demais regiões; lista de espera da região de captação e lista de espera geral das demais regiões.[56]

No aspecto operacional, ficou estabelecido o seguinte procedimento: inicialmente, a Central Doadora deverá comunicar a Central Nacional de Transplantes a existência do doador, isso por meio de um formulário que será encaminhado, via internet ou fax, contendo determinados dados, como tipo sanguíneo, causa da morte, doenças contraídas pelo doador,entre outros; em seguida, a Central Nacional de Transplantes, através de um sistema informatizado, localizará, em uma hora, o possível receptor; a partir daí, a Central Doadora verificará se existe equipe para a retirada do órgão no local, caso contrário, um grupo é deslocado para realizar a captação e o transporte do órgão. Neste momento, as empresas aéreas que firmaram o Termo de Cooperação são acionadas para providenciar o transporte dos órgãos e, se for o caso, das equipes de retirada dos órgãos; de modo que isso permitirá um melhor aproveitamento dos órgãos captados em todo o país, pois com a prioridade, dada pelo Departamento de Aviação Civil, para o transporte de órgãos e das equipes, diminuem os riscos de perda da utilidade dos órgãos que possuem um tempo máximo entre a retirada e o implante no paciente[57], como podemos evidenciar na tabela seguinte:

---

56 BRASIL, Ministério da Saúde. 2002a, p.25.; Cf. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde reajusta tabela do SUS para transplantes. **Portal da Saúde**, 23 jan. 2001. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=297> Acesso em: 10 abr.2006.

57 BRASIL, Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Transplantes de órgãos: Entenda a doação de órgãos - decida-se pela vida. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, ano XVII, nº 136, p.11, ago.2002b.

Tabela 3 – Órgãos e tecidos que podem ser doados.

Órgão Tecido	Tempo máximo para retirada	Tempo máximo de preservação extracorpórea
Córneas	6 horas após parada cardíaca	7 dias
Coração	Antes da PC*	4 a 6 horas
Pulmões	Antes da PC*	4 a 6 horas
Rins	Até 30min pós-PC*	Até 48 horas
Fígado	Antes da PC*	12 a 24 horas
Pâncreas	Antes da PC*	12 a 24 horas
Ossos	6 horas pós-PC*	Até 5 anos

Fonte: Ministério da Saúde – CGSNT/SNT/ABTO. *PC = Parada Cardíaca.

Em 2005, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria nº. 1.752, estabelecendo que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos, com mais de oitenta leitos, deverão constituir Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A edição dessa medida considerou, dentre outros aspectos, a necessidade de melhorar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, dotando-as de instrumentos que facilitarão uma melhor articulação com os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, a existência dessas comissões permitirá o aprimoramento da organização do processo de captação de órgãos, com uma melhor identificação dos potenciais doadores, como também uma abordagem mais adequada de seus familiares e, enfim, objetivando uma eficiente ampliação qualitativa e quantitativa na captação de órgãos.

A CIHDOTT, que deverá ter, no mínimo, três membros, tem como atribuição principal as funções de: organizar a instituição hospitalar para que seja possível detectar potenciais doadores de órgãos e tecidos no espaço nosocomial; viabilizar o diagnóstico de morte encefálica e criar mecanismos para oferecer a família de pacientes falecidos, no hospital, a possibilidade de doação de órgãos e tecidos; será também responsável pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos da doação e transplantes de órgãos.[58]

Segundo o Conselho Federal de Medicina e a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), no Brasil, o sucesso do Programa Nacional de Transplantes, deve-se ao fato de que cada Estado da federação tem uma CNCDOs, que coordena a captação e a alocação dos órgãos, baseada na fila única, estadual ou regional, como já destacamos. Além disso, a exigência, por parte do Ministério da Saúde, do credenciamento de cada equipe de profissionais que atua no âmbito dos transplantes de órgãos é outro ponto importante, pois trata-se de uma terapia de alta complexidade, envolvendo, consequentemente, a devida responsabilidade. Portanto, o êxito dos transplantes, na época presente, é exteriorizado pelos números nos procedimentos que vêm crescendo a cada dia; sendo que isso revela que as pessoas estão ficando cada vez mais conscientes sobre a relevância da doação de órgãos e tecidos.

Durante o processo de doação de órgãos e tecidos, é fundamental que a família do doador saiba do desejo deste com relação à doação, embora esse procedimento possa ser realizado independentemente do consentimento em vida do potencial doador,

---

58 MINISTÉRIO DA SAÚDE institui Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Revista Ética**: órgão de divulgação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, Brasília, DF, ano IV, n. 1, p. 20, jan/fev., 2006.

conforme estabelece a Lei n.º 10.211/01. De fato, para ser doador não é necessário deixar nada por escrito, mas a família, por sua vez, só concretiza o desejo de doação do paciente através de autorização por escrito; pois que, de acordo com a legislação brasileira vigente, a doação só acontece com a anuência da família, após a confirmação da morte encefálica. Então, para que a vontade de alguém, em doar seus órgãos e tecidos, seja respeitada, é necessário que o mesmo expresse esse desejo aos seus familiares. Em resumo, a doação de órgãos é o ato pelo qual se manifesta a vontade de que, a partir do momento da constatação da morte encefálica, uma ou mais partes do próprio corpo, em condições de serem aproveitadas para transplante, possam ser disponibilizadas para ajudar outras pessoas.

De acordo com o Ministério da Saúde, um potencial doador é aquele que se encontra em situação de morte encefálica, cujo diagnóstico é definido pela Resolução n.º 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina; sendo que esta comprovação, como também o relatório de um exame complementar, devem ser registrados em prontuário, por meio do Termo de Declaração de Morte Encefálica.[59] Com a confirmação do estado de morte encefálica, a família é consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos, através de uma entrevista, via CIHDOTT, realizada por um dos médicos que

---

59 Este procedimento exige a certificação de que o paciente tenha identificação e registro hospitalar; que a causa do coma seja conhecida e estabelecida; que o enfermo não esteja hipotérmico | (com temperatura menor que 35°C); e que não esteja usando drogas depressoras do Sistema Nervoso Central, nem esteja com hipotensão arterial. Somente após essas certificações é que o doente é submetido a dois exames neurológicos que avaliam a integridade do tronco cerebral; sendo que a esses dois exames segue-se um terceiro, complementar, capaz de demonstrar ausência de perfusão sanguínea cerebral, de atividade elétrica cerebral e de atividade metabólica cerebral. Cf. **Resolução CFM**, n.º 1.480 de 8 de agosto de 1997; sobre "morte encefálica", ver: CATÃO, 2004. p. 217-232.

atuaram no caso ou por membros da equipe de captação, devidamente credenciada junto ao Ministério da Saúde; com efeito, logo após o diagnóstico de morte encefálica e mesmo antes da decisão da família, as CNCDOs são notificadas, em virtude da eventual possibilidade de encaminhamento do processo de doação, para que este seja concluído com a realização do transplante e acompanhamento do paciente receptor. Ressalte-se, que essa notificação é compulsória, independente do desejo familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo.[60]

A doação de órgãos entre pessoas vivas também é possível de acontecer, como já salientamos, tendo este ato amparo legal, pois conforme a legislação brasileira, o doador vivo é um cidadão juridicamente capaz que pode doar órgão, desde que isso não comprometa a sua saúde e aptidões vitais. De forma que existe a previsão legal de que pessoas vivas possam doar um dos órgãos que sejam duplos, como o rim, ou até mesmo parte do fígado. Mas, para tanto, o doador vivo deverá possuir condições adequadas de saúde e ser avaliado por médico especialista, que realizará exames que afastem a hipótese de doenças que possam comprometer a sua saúde durante e após a doação; nesse caso, o beneficiário (receptor) precisará ser cadastrado na Central de Transplantes do respectivo Estado. Em conformidade com a lei brasileira, parentes até quarto grau de consanguinidade e cônjuges podem ser doadores; já a doação de órgãos de pessoas que não são parentes do receptor, somente será permitida mediante autorização judicial.

No que se refere ao processo de captação, doação e transplantes de órgãos, a legislação brasileira é, de certo modo, rigorosa, no intuito de afastar qualquer possibilidade de comércio ou tráfico de órgãos. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Transplantes

60 BRASIL, Ministério da Saúde. 2002b, p.11-12.

de Órgãos assevera que, no Brasil, os casos de tráfico de órgãos, até então investigados pelo Ministério Público, além de não conclusivos, são isolados[61]. Nessa mesma linha de pensamento, os profissionais e as entidades que atuam na captação de órgãos para transplantes têm entendimentos contrários às indicações de comércio de órgãos, no Brasil, até o momento apresentadas no Congresso Nacional pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Câmara dos Deputados.

Por outro lado, observe-se que a publicidade sensacionalista e excessiva realizada pela mídia com relação ao tráfico ou comércio de órgãos[62], pode desgastar o trabalho que vem sendo realizado pelo sistema público de saúde brasileiro; prejudicando, desse modo, um programa já amplamente reconhecido, bem como fragilizando a confiança pública, o que, por conseguinte, comprometeria os mais de 70 mil pacientes em fila de espera. Além do mais, a esse apelo soma-se o já tradicional pedido de conscientização das pessoas envolvidas na captação de órgãos e tecidos para transplantes às famílias de doadores, *fazendo da possível doação uma decisão pela vida*.

O Ministério da Saúde, juntamente com a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, vêm anualmente organizando campanhas para estimular a doação de órgãos para transplantes. Já estamos agora, no ano de 2011, na XIII Campanha Nacional de

---

61 PESTANA, José O. Medina. No Brasil, não existe comércio ou tráfico de órgãos para transplantes. **Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. São Paulo, 2004. Disponívelem:<http://www.abto.org.br/populacao/abto_news/edicoes%20anteriores/ano6_4/trafico.htm>Acesso em: 18 abr. 2006.

62 Sobre essa situação ver: VIDA URBANA. Máfia dos órgãos planejava traficar coração e fígado. **Diário de Pernambuco**. Recife, p.1, 25 jan. 2004; MARQUES, Luís Henrique. Na pista do tráfico de órgãos. **Revista Cidade Nova**. São Paulo, ano XLVI, n.8, p.16, ago. 2004; v.tb, nesse mesmo sentido: CUNHA, Paulo Ferreira da. **Pensar o Direito**: da modernidade à pós-modernidade. Coimbra: Almedina, 1991. p.190.

Doação de Órgãos e Tecidos, e assim a cada ano, vão surgindo novos *slogans*: "Salve vidas, doe órgãos!"; "Sou doador, e você?"; "Salvar vidas só depende de você!"; "Transplantes de órgãos: essa via tem duas mãos"; entre outros. Sem dúvida, o objetivo principal dessas campanhas é pedir às pessoas que manifestem, em vida, aos seus familiares, a vontade de ser um doador, como também lembrar que a participação da família é fundamental para que os transplantes sejam realizados; afinal, somente os parentes podem autorizar a retirada de órgãos, ainda que o paciente tenha formalizado a autorização previamente; além disso, nessas campanhas é enfatizado o importante papel desempenhado pelos médicos, pois são eles os primeiros a identificar um potencial doador; logo, a agilidade do processo de doação dependerá muito desses profissionais.

Outrossim, registre-se o surgimento das Organizações Não Governamentais(ONGs), destacando-se a Associação Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE), o Grupo de Apoio ao Transplantado (GAT), a Associação Doe Vida etc., que vêm objetivando a promoção ao voluntariado para esclarecer, orientar e conscientizar a população, em geral, da importância, necessidade e responsabilidade humanitária da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

Essas ONGs visam, também, ao desenvolvimento de estudos, pesquisas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito à doação de órgãos e aos transplantes. De maneira que essas entidades buscam atingir seus objetivos mediante: reuniões de cunho educativo e científico; intercâmbio social, científico e cultural entre os seus sócios; campanhas educativas e informativas nos meios de comunicação vigentes, incluindo internet; convênios, acordos e/ou parcerias com outras organizações, públicas ou privadas; entre

outras ações. A ADOTE, no ano de 2001, recebeu do Ministério da Justiça o Certificado de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público[63]; de fato, essa associação tem contribuído bastante na divulgação virtual das experiências vividas por pessoas, com relação a doação de órgãos ou transplante. Em outros termos, a vivência[64] de alguém poderá ajudar muito a esclarecer e conscientizar outras pessoas, em particular, e a população como um todo, sobre a necessidade e responsabilidade da doação de órgãos e tecidos para transplantes.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo vários programas e projetos[65], com a finalidade de trazer a saúde para mais perto do cidadão e dar ao profissional a especialização necessária a fim de que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade.

---

63 BRASIL, Ministério da Justiça. Processo n.º MJ 08000.011479/2001-19. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 abr. 2001.

64 Nesse sentido, algumas pessoas têm, a partir de sua própria história de vida com relação à doação de órgão e transplante, elaborado trabalhos com suas próprias experiência, sempre procurando conscientizar outras pessoas, que estão passando por essa mesma situação, e a população em geral, sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Cf. BORGES, Ana Carla Lopes Velloso. **Transplante**: uma esperança de vida. João Pessoa: Comunigraf, 2000. 96 p.; SLAUGHTER, Frank G. **Transplante**. Trad. Maria Cecília Palhares dos Santos. Rio de Janeiro: Record, 1986. 186 p.

65 No Brasil, estão sendo desenvolvidos pelo Ministério da Saúde os seguintes programas: Banco de Leite Humano; Bolsa Alimentação; Cartão Nacional de Saúde; Doe Vida. Doe Órgãos; Farmácia Popular; HumanizaSUS; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Viva Mulher; QualiSUS; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Sistema de Informação a Atenção Básica; entre outros. BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas e Projetos de Saúde**. Brasília, DF, jan. 2005. Disponível em: <http://portal.saúde.gov.br/portal/saúde/area.cfm?id_area=168>Acesso em: 10 abr. 2006.

Portanto, no âmbito da temática dos transplantes, destacamos os seguintes programas:

> *Doe Órgãos. Doe Vida*[66]*:* Seus órgãos, tecidos, medula óssea e sangue podem salvar vidas. Avise a sua família que você quer ser doador. No Brasil, a doação só acontece com o consentimento dos familiares. Se você tem um doador na família, respeite a vontade dele.
>
> *HumanizaSUS*[67]: É a proposta de uma nova relação entre usuário, os profissionais que o atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis. Que atenda bem a toda comunidade.

Nesse sentido, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde vem instituindo uma política que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias, sobressaindo-se entre estas os procedimentos da alta complexidade, como é o caso dos transplantes de órgãos humanos. Desse modo, observamos que o SUS vem se comprometendo cada vez mais com a proposta de humanização. Assim, com a proposta de melhor visualizarmos os transplantes de órgãos humanos como forma de humanização da saúde, faremos uma articulação entre tais programas, partindo de uma perspectiva na esfera das práticas de saúde, enfatizando os aspectos objetivo e subjetivo nelas

---

66 BRASIL, Ministério da Saúde. **Programas de Saúde: Doe Vida. Doe Órgãos.** Brasília, DF, set. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/doevida/> Acesso em: 10 abr. 2006.

67 Id., **Programas de Saúde: HumanizaSUS.** Brasília, DF, nov. 2005b. Disponível em: <http://portal.saúde.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389> Acesso em: 10 abr. 2006.

presentes. Nesse prisma, a humanização passa a ser um elemento de associação entre as várias práticas de saúde, surgindo então toda uma política de humanização por meio de programas, que vêm operando entre as diversas áreas do Ministério da Saúde e outras instâncias do SUS, voltadas para a atenção e gestão, tais como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.[68]

Em suma, podemos entender a humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, incluindo usuários, trabalhadores e gestores; bem como pode ser compreendida como o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.[69] De forma que a humanização deve ser vista como uma política que circula entre as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implicando, por conseguinte, na construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de sujeitos. Nesse ótica, *Victor Von Weizsä*cker[70] afirma que o caminho da humanização da saúde se apoia na ideia de "levar a psicologia à medicina" e "introduzir o sujeito na ciência médica", objetivando uma concepção na qual o ser humano é visto como uma "totalidade integrada" e a saúde é o produto de fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais; sendo que nessa perspectiva toda doença é entendida como um produto do ser humano como um todo, envolvendo o corpo, a psique, a história e a sociedade.

De fato, para a implementação de uma efetiva política nacional de humanização é necessário ampliar, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, o diálogo entre os profissionais dessa

---

68 BRASIL, Ministério da Saúde. 2005b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389> Acesso em: 10 abr. 2006.

69 Ibid.

70 SPINSANTI, S. **L'antropologia medica di Viktor v. Weizsacker**: conseguenze etiche, medicina e morale. [s.l.: s.n.], 1985. p. 538-539.

área, como também entre estes e a população em geral, incluindo a administração, com o propósito de promover uma gestão participativa. Nessa linha de pensamento, *James Drane*[71] observa cuidadosamente que:

> A moderna medicina técnica trata os pacientes como casos num ambiente que não difere muito de uma fábrica moderna. A eficiência desses centros de tratamento pode ser boa ou não, mas, neles, a perda dos relacionamentos pessoais associados com a doença se vê intensificada. [...]

Feitas essas considerações, entendemos que uma medicina, fundada nas necessidades dos usuários, leva o médico a um contato pessoal que vai além de um relacionamento meramente técnico com o paciente. Logo, esse profissional será tão mais competente na sua atuação funcional quanto mais adequadamente articular o conhecimento teórico e prático da ciência médica aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos envolvidos na sua relação com o paciente.[72]

A partir dessas reflexões, passaremos as análises dos resultados e conclusões obtidas neste trabalho.

---

71 DRANE, James. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. Trad. Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005. p.63.

72 KRUZE, B. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: [s.n], 2001. p.16-18.

Considerações finais

Ao término desta reconstrução de saberes e práticas relacionadas com o direito à saúde, concluímos que apresentar o cenário que envolve um conjunto de atores sociais importa não apenas para nos situarmos no tempo e no espaço, mas também representa o detalhamento dos elementos que verdadeiramente se entrelaçam, compõem, interagem e condicionam as ações desses atores, enfim, que tornam tais ações compreensíveis. Por outro lado, resgatar a história da medicina e do hospital, na era moderna, significa reconstruir a complexa evolução das instituições que emergiram da sociedade medieval e que acompanharam o desenvolvimento do Estado moderno e de suas políticas.

A partir de uma análise retrospectiva, observamos que a medicina passou por vários momentos durante o seu processo de institucionalização, desde o Renascimento, na Idade Média, no período entre os séculos XV e XVII; perpassando pelo nascimento da clínica moderna, entre os séculos XVIII e XIX; e culminando com a valoração do corpo, através da sua mercantilização, isto desde a segunda metade do século XX.

Desse modo, a priorização de uma compreensão objetiva da realidade corporal levou a medicina, no período do surgimento da clínica, ao *status* de dogma científico, tendo em vista que a clínica médica firmou-se como um espaço estratégico, possibilitando então a predominância da medicina ocidental por meio de várias operações: reclassificação do espaço corporal, reorganização dos elementos constituintes do fenômeno patológico, estabelecimento

das séries lineares dos fenômenos tanatológicos, dentre outras. Além do mais, na medicina moderna, a clínica como uma disposição de conjunto aparece para aprimorar a experiência dos médicos através de uma nova distribuição dos elementos do corpo e de uma reordenação das partes que constituem o fenômeno patológico, sempre buscando fazer a articulação entre a doença e o organismo; logo, a eclosão da clínica como um fato histórico é sempre identificado com essas reorganizações.

De forma que entre os séculos XVIII e XIX, foi criado um novo sistema classificatório para a medicina, sendo amplamente divulgado como verdade científica no século XX, considerando o corpo como um objeto mecânico e não vinculado a um sujeito que o completasse; surgindo assim uma medicina objetivista e pragmática, que valorizou o corpo sem sujeito, cujas partes podiam ser estudadas separadamente. Então, a ciência médica moderna fundamentou-se a partir da positividade que o conhecimento técnico definiu como normal e/ou anormal no funcionamento orgânico, interpretando a doença como um elemento inimigo e estranho ao corpo, e não como um processo relacionado com a saúde.

Portanto, a concepção de uma medicina científica acima das demais práticas médicas levou o Estado a promover uma regulamentação mais específica das práticas sociais, possibilitando a elaboração de novos dispositivos disciplinares necessários para a organização da ciência médica como um modelo de cura de valor universal. Logo, percebemos que a vinculação da ciência com o Estado foi relevante para pôr o sistema de cura biomédico na condição de fundamento técnico e científico dos modelos de gestão de saúde surgidos entre os séculos XIX e XX; sendo nesse contexto que a medicina cartesiana, baseada em legislações próprias, estruturas hospitalares, universidades etc., criou uma ideologia de eficiência médica e científica nestes dois séculos, responsável

pela manifestação da aparente superioridade do sistema biomédico sobre os demais modelos de cura, sendo este aspecto justificado por se apoiar em uma razão instrumental e tecnológica.

Outrossim, ressalte-se que os acontecimentos verificados na Segunda Guerra Mundial, desencadearam uma mudança de paradigmas na medicina moderna, pois com a perda de crença no progresso, considerada um dos fatores que fundamentam a dissolução das grandes narrativas da história, que justificava o ideário de ordem na modernidade, aparece a perspectiva da ambivalência. Mas, essa mudança paradigmática desencadeou várias inovações culturais e científicas, trazendo fortes repercussões sociológicas, isto a partir dos anos cinquenta do século XX, surgindo, então, uma modernidade – mundo, difusora de uma cultura transnacional que se impõe aos valores culturais nacionais, com a proposta de uma reorganização da medicina moderna que se estruturava apenas em contextos nacionalmente localizados. Além disso, as inovações tecnológicas e as experiências transculturais, que colocavam em contato várias tradições de cura, representaram o aparecimento de um campo médico amplo e aberto, significando, consequentemente, uma quebra dos padrões institucionais da medicina oficial.

Com efeito, a crise da crença no progresso da modernidade ocasionou o surgimento de novas tecnologias, com suas consequentes manifestações culturais, delimitando uma concepção ambivalente da modernidade-mundo, caracterizada por uma orientação ligada à técnica, enfatizando a presença da pesquisa biológica; e por uma tendência vinculada à proposta de re-humanizar a sociedade, com base nas reações sociais erguidas contra os perigos advindos com as utilizações mercantis das tecnologias modernas. Nessa ótica, observamos que as sociedades da modernidade contemporânea são caracterizadas pela presença de diversas divisões e antagonismos

sociais que levam a produção de vários tipos de sujeitos, ou seja, possibilitam a construção de diferentes identidades para os indivíduos.

Ao procedermos ao estudo dos *Modelos de Gestão da Saúde***,** no âmbito da Modernidade Médica, verificamos as seguintes variedades: *sociedade medicalizada*; *capitalismo médico*; *misto*; e *medicina coletivizada*. Mas, com a atual crise da medicina, surgem dois novos modelos: o *tecnoutilitarista,* advindo da apropriação da tecnologia de órgãos pelo capitalismo médico e pelos avanços da medicina privada sobre a medicina pública; e o *humanista*, inspirado a partir de avanços de uma medicina social. Já com relação aos *Sistemas Médicos de Cura*, são descritos os *bioorgânicos, biopsíquicos, populares, xamânicos e os bioenergéticos.*

Como vemos, a especificidade dos aspectos históricos, culturais e sociológicos de uma dada sociedade influenciam no modo de funcionamento dos modelos médicos. No caso do Brasil, evidenciamos uma medicina oficial que basicamente gira em torno de um setor privado, atendendo à população de renda mais alta; e de um setor público, representado principalmente pelo Sistema Único de Saúde e que responde pelo atendimento da maioria da população. Entretanto, temos também a imbricação de um campo religioso que, a partir da experiência vivida dos atores sociais com a doença, o sofrimento e a cura, relaciona alguns modelos de práticas de cura com a grande variedade de cultos existentes no território brasileiro, basicamente de inspiração africana, indígena e cristã.

No decorrer do presente texto, constatamos que a normalização jurídica da área médica e a regulamentação universitária da profissão, com o monopólio da atividade sendo dada ao médico "regular", "oficial", "científico" ou "alopata", foram contribuições relevantes para a institucionalização de um modelo de medicina

pública. Logo, a predominância do sistema de cura biomédico no âmbito da Modernidade Médica era relevante para a formação de novos modelos de gestão de saúde estatal e mercantil; sendo que era necessário combater as medicinas populares e alternativas para introduzir uma proposta de ciência compatível com a busca de uma racionalidade técnica e científica no campo médico.

Mas, a partir dos anos oitenta do século XX, com a crise do Estado desenvolvimentista, surgiram fortes tendências para a privatização dos serviços médicos do setor público. Então, os países submetidos a limitações econômicas e a grandes desigualdades sociais foram levados a introduzir modelos mistos. No caso brasileiro, a criação do SUS foi acompanhada por várias outras ações objetivando incentivar a medicina mercantil privada; e nos anos noventa desse período, o governo federal continuou estimulando a implantação concomitante dos dois tradicionais modelos de gestão: público e privado. Porém, na época atual, vem sendo observada uma crise no modelo médico dominante, que tem por base um sistema de cura geral e permanente, sintetizado pela modernidade por meio dos avanços da tecnologia e da ciência; haja vista que essa aparente uniformidade conceitual e histórica da medicina oficial omite o fato dela ser possuidora de uma significativa variedade, pois a ciência médica vem passando por diversas modificações ao longo dos séculos.

Com relação ao hospital, inicialmente é importante salientar que desde a Idade Média essa estrutura é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, visto que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Além

do mais, o hospital surge no plano local como indispensável para o resguardo das pessoas sadias contra a doença, bem como para a proteção dos doentes com relação a eles mesmos.

Nesse contexto, salientamos que a família, lugar natural da doença, onde havia os cuidados espontâneos com a afetividade e o desejo comum da cura, é complementada por um outro espaço no propósito de reproduzir a configuração específica das enfermidades, que são agrupadas, de forma racionalizada e sob o olhar do médico do hospital, por ordens, gêneros e espécies. Portanto, o nosocômio assim concebido possibilitou classificar de tal modo os enfermos que cada um encontrava o que convinha a seu estado, sem comprometer, por sua proximidade, o mal do outro, e sem difundir o contágio no estabelecimento hospitalar ou fora dele.

De maneira que as estruturas hospitalares permaneceram com essas características até o início do século XVIII, com o Hospital Geral sendo, inicialmente, destinado ao internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas etc.; e, posteriormente, em meados desse período, passando a ser uma instituição mista, de exclusão e assistência, onde a função médica não aparecia, pois não havia uma justificação científica na prática médica. Por conseguinte, o paradigma da assistência aos enfermos mudava da atitude piedosa e dos privilégios de uma medicina teórica voltada ao indivíduo, para uma medicina social, que atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador.

De fato, é com a introdução da disciplina no espaço nosocomial, como também por meio da transformação do saber e da prática médica, que eclode uma medicina hospitalar, onde a cura é dirigida por uma intervenção médica que não se endereça mais à enfermidade propriamente dita, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação etc. Logo, é no deslocamento da intervenção médica e na ação disciplinar que está a

origem do hospital médico. Ademais, a medicina pôde tornar-se hospitalar através da neutralização das possibilidades das moléstias encontradas nas pessoas internadas se difundirem para a cidade em que o nosocômio estava situado, bem como devido a equalização das desordens econômicas e sociais verificadas nessa instituição.

Nessa perspectiva, percebemos que as relações de poder, representando sistemas que estão sempre sendo regulados e ajustados, tendo em vista que os regulamentos que norteiam o seu funcionamento, a organização de suas diferentes atividades e os vários atores sociais – cada um com uma função, um lugar e um perfil bem definidos – formam blocos de atividades, comunicação e poderes. Com efeito, era vislumbrada uma tendência do hospital, como um instrumento que permitiria a cura, tornar-se um elemento fundamental na tecnologia médica, por meio da articulação entre a eficácia terapêutica e o saber médico, com suas classificações e técnicas.

Em síntese, a passagem dos hospitais governados pelas ordens religiosas que dominavam as concepções sociais, incluindo à assistência, aos nosocômios do século XIX – abertos aos progressos científicos da medicina, com ênfase às investigações clínicas – resultou nas estruturas hospitalares do século XX, onde a medicina científica instalou-se definitivamente com sua expressão tecnológica e especializada quanto à estrutura profissional e aos cuidados médicos. Ressaltamos que, na época atual, a estrutura hospitalar constitui o campo fundamental da produção do saber e prática médicas, sendo uma instituição que, nos sistemas de saúde contemporâneos, simboliza o coroamento dos conhecimentos especializados.

Realmente, o serviço hospitalar é um mecanismo produtor de cuidados médicos, reunindo profissionais, saberes, tecnologias e infraestruturas materiais; sendo que esses cuidados fornecidos aos

doentes seguem uma linha tradicional denominada de "modelo assistencial clássico"; em que é observado o desenvolvimento de uma medicina com disponibilidade técnica e científica no controle das doenças até o limite da cura, quando possível. Nesse prisma, destacamos que os sistemas de tratamento médico, muitas vezes, desenvolvem-se através de procedimentos de urgência e com caráter imperativo, havendo a necessidade de ações decisivas de intervenções terapêuticas no intuito de prevenir a morte, justificando então a submissão do enfermo. Em suma, tanto para os pacientes como para o pessoal que atua no hospital, o modelo clássico assistencial integra a obediência indiscutível à autoridade médica; consequentemente, o doente torna-se um agente passivo dos cuidados médicos que são legitimados em virtude dos critérios preponderantes observados no sistema de cura biomédico.

Nesse sentido, *Foucault,* desde seus primeiros trabalhos, vem destacando o corpo, tal como a ciência o explorou e, ao mesmo tempo, as instituições especializadas em que houve a utilização do poder sobre o corpo. Desse modo, esse autor verificou que tal poder representa a união entre o poder e o saber; e, contestando a noção jurídica do poder baseada na proibição, no interdito e na negatividade, acrescenta-lhe uma visão positiva, através do funcionamento das tecnologias disciplinares nas instituições, objetivando a produção de seres humanos possíveis de serem tratados como corpos dóceis e produtivos. Em outras palavras, as tecnologias disciplinares foram desenvolvidas e aperfeiçoadas nos hospitais, como também em outras instituições, com uma finalidade comum: a produção da docilidade e da utilidade.

Hodiernamente, a organização social do trabalho médico, inerente ao processo evolutivo do hospital, vem revelando uma nova imagem da racionalidade nosocomial. Assim, a partir do momento em que se conseguiu destacar uma função hospitalar

definida tecnicamente, separada das atividades antigas, asilares e de vigilância, estabeleceram-se novas articulações técnicas e econômicas entre o hospital e as estruturas sociais com ele relacionadas. Observe-se, ainda, que o surgimento do hospital moderno revelou-se como um alvo ideal para o desenvolvimento de políticas de saúde, orientadas para a modernização de suas atividades, haja vista que o estabelecimento nosocomial é vislumbrado como uma peça indispensável para a análise da evolução do sistema de saúde como um todo, traduzindo então o poder da tecnologia médica nos sistemas terapêuticos modernos.

Sem dúvia, compreendemos que o impacto da racionalização técnica nas práticas médico-hospitalares avalia-se pelo nível de especialização alcançado nessas atividades, visto que a produção especializada da medicina hospitalar, com o apoio de modernos equipamentos tecnológicos, tem destacado áreas específicas de saber sobre sistemas fisiológicos particulares e circunscritos a determinados órgãos humanos. De fato, até mesmo os setores da medicina já especializados têm sido objeto de uma crescente diferenciação em novas especialidades, que levam em consideração partes ou funções particulares do corpo, doenças específicas, classes especiais de doentes e técnicas cirúrgicas avançadas, como é o caso dos procedimentos cirúrgicos de transplantações de órgãos humanos.

No Sistema de Saúde Brasileiro, as *Instituições de Saúde são reunidas pelas esferas de atendimento, sendo classificadas em níveis primário, secundário e terciário; ou, ainda, podem ser agrupadas segundo o local de atendimento, com uma distribuição em função da hierarquização: domiciliar, centros de saúde, hospitais de distrito e hospitais especializados.* Logo, dependendo do padrão de assistência adotado nas variadas situações, essas organizações variam desde os domicílios privados até os grandes complexos hospitalares especializados, onde são realizados procedimentos de alta complexidade,

destacando-se as *Transplantações de Órgãos Humanos*. No caso específico dos pacientes renais crônicos, o transplante oferece a melhor oportunidade de reabilitação e de sobrevida a longo prazo, com menor custo social que a hemodiálise; sendo que para aqueles enfermos com cardiopatia, hepatopatia ou pneumonia terminal, tal procedimento é de maior valor, por ser a única opção terapêutica capaz de evitar a morte certa, em poucos meses, oferecendo a expectativa de uma nova vida.

Saliente-se que a principal característica do transplante que o distingue de outras cirurgias, convertendo-o em uma terapêutica única, é a necessidade da utilização de um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou cadáver; contudo, na presente época, a captação de órgãos de doadores cadáveres, ainda, não atende à demanda na quase totalidade dos países que realizam transplantes. De forma que é observada uma grande limitação ao transplante com doador cadáver, tendo em vista que apenas uma pequena fração dos indivíduos que morrem, pode converter-se em efetivos doadores de órgãos; sendo isto explicado devido ao fato de que a retirada de órgãos, na maioria dos países que utilizam essa tecnologia médica, só é possível em pacientes com morte encefálica, ou seja, em pessoas que apresentam destruição completa e irreversível do cérebro, mas que mantêm, temporária e artificialmente, os batimentos cardíacos, a função respiratória e a circulação sanguínea.

No Brasil, o processo de obtenção de órgãos para transplante inicia-se com os médicos intensivistas ou assistentes que, juntamente com os membros das Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes, identificam os potenciais doadores, diagnosticam a declaração de morte encefálica, notificam a família e fazem a comunicação a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) da respectiva região; continuando com a entrevista, em que se solicita o consentimento para a remoção

dos órgãos e tecidos; e terminando, após a remoção e distribuição dos órgãos e tecidos, com o acompanhamento dos resultados. Nos últimos anos, o Sistema Nacional de Transplantes registrou um aumento no total de procedimentos em praticamente todo o território brasileiro, sendo que tal crescimento é consequência da conscientização da população, da efetiva atuação das equipes e instituições autorizadas pelo Ministério da Saúde, bem como da regulamentação do Sistema Nacional de Transplantes, fundamentada no texto legal vigente.

Registre-se que, de acordo com a nossa atual legislação, todo cidadão tem direito a receber órgãos, em conformidade com a indicação médica, gratuitamente; como também o Sistema Único de Saúde garante a assistência durante toda a vida do paciente transplantado, fornecendo, inclusive, os medicamentos necessários para evitar a rejeição. Com efeito, observamos que as reformulações administrativas e legais, nos sistemas de captação de órgãos, com a criação de novos centros transplantadores, vêm dando resultados satisfatórios. Além disso, a divulgação do tema, como também a melhoria no controle das infecções e dos efeitos colaterais das drogas imunossupressoras, juntamente com o desenvolvimento de métodos cada vez mais sensíveis para detectar episódios de rejeição, colaboraram para a eficácia do tratamento e diminuição dos riscos dos procedimentos. Realmente, esses avanços trouxeram benefícios aos pacientes, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos no processo.

A doação de órgãos é um assunto onde questões éticas, legais, físicas, psíquicas, religiosas e culturais são cuidadosamente debatidas; logo, é pertinente pensarmos nos aspectos antropológicos que se encontram na tensão entre o respeito à diversidade cultural e a concomitante busca de universalização de direitos e valores. De modo igual, é fundamental refletirmos sobre o papel da disciplina

sociológica nessa perspectiva, face às novas exigências impostas pela sociedade contemporânea, especialmente se considerarmos as novas tecnologias médicas, como é o caso das transplantações de órgãos humanos, que reconfiguram as fronteiras entre natureza e cultura, haja vista que o homem, com os transplantes como uma invenção moderna do corpo, rompe com a natural linearidade fisiológica do ciclo vital, através da superação da doença, pois o paciente transplantado recupera-se, volta a normalidade e a vida regular, passa a ter qualidade de vida; enfim, ele ganha uma nova vida, volta a viver. Consequentemente, surge um novo sujeito, pós-orgânico, que é construído pelas rupturas advindas com os transplantes, estando ele possibilitado a continuar vivendo por meio da inter-relação de processos que une a objetividade da racionalidade científica e tecnológica com a subjetividade que surge no campo do simbólico, envolvendo sentimentos, emoções, altruísmo, solidariedade, generosidade, reciprocidade, fé, milagre, graça, entre outros elementos, sendo nesse contexto que são relevantes as questões sobre as noções de corpo, pessoa e família.

Concluímos este estudo enfatizando que, neste início de século, a humanidade continua a vivenciar profundas transformações, notadamente nas esferas econômica, cultural, social e política, visto que a internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com os avanços tecnológicos e científicos, têm como resultado a globalização da economia com as suas consequências. Então, compreendemos que é relevante a discussão sobre a questão da *saúde no campo público,* destacando as propostas de ações no campo da saúde a serem implementadas. Enfim, esperamos que a história da evolução da medicina e da estrutura hospitalar moderna possa oferecer à humanidade um resultado positivo, no sentido de conscientização da sociedade, em geral, sobre a relevância da concretização do direito social à saúde como forma legítima de expressão de dignidade humana.

Referências

ABRANCHES, S. **Os despossuídos (crescimento e pobreza no país do milagre).** Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 13-35.

ABTO. **Registro brasileiro de transplantes (RBT)**. São Paulo. ano XVII, n 2, p. 3, 7 e 19, jan./jun. 2011.

ALMEIDA, Napoleão Mendes de. **Gramática latina**: curso único e completo. 29.ed. São Paulo: Saraiva, 2000. p. 103,157, 184 e 292.

ARON, Raymond. **As etapas do pensamento filosófico**. Trad. Sérgio Bath. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 337-360.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Saúde, ambiente e desenvolvimento: desafios para a saúde pública. In. MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. (Orgs.). **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: UFPE, 2004. p.93-102.

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO/BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993.** Investir em Salud. Washington: Oxoford University Press, 1993. p. 50-54.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 15-22.

______. **Modernidade e holocausto**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 26 e 28.

BELLINO, Francesco. **Fundamentos da bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Trad. Nelson Souza Canabarro. Bauru, SP: EDUSC, 1997. p. 146.

BERNARD, Claude. **Introduction à l'étude de la médicine expérimentale**. Paris: Garnier-Flammarion, 1966. p. 301-304.

BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar**: a aventura da modernidade. Trad. Carlos Felipe Moisés; Ana Maria L. Ioriatti. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

BEZERRA, Armando José China. **Admirável Mundo Médico**: a arte na história da medicina. 3.ed. Brasília: Conselho Regional do Distrito Federal, 2006. p. 96-99 e 104-105.

BÍBLIA SAGRADA. **Êxodo** 15, 26; **Deuteronômio** 32, 39. Trad. Ivo Storniolo; Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus, 2000. p.87 e 236.

BIRMAN, Joel. Interpretação e representação na Saúde Coletiva. In: PHYSIS: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 18-25, 1991.

BLANCO, Marisa Revilla. El concepto de movimento social: acción, identidad y sentido. In: **Zona abierta**, 69. Madrid: [s.n.], 1994, p. 183.

BOADELLA, David. **Nos caminhos de Reich**. Trad. Elisane Reis Barbosa Rebelo; Maria Silva Mourão Netto; Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1985.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992. p.1-83.

BODSTEIN, Regina C. A. (Org.). **Serviços Locais de Saúde**: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 15-39 e 63-95.

______. Políticas em serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1997. p. 219-226.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Trad. Regina A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p. 24.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 8.ed. São Paulo: Malheiros, 1999. p. 516-524.

BORGES, Ana Carla Lopes Velloso. **Transplante**: uma esperança de vida. João Pessoa: Comunigraf, 2000.

BRASIL, Ministério da Justiça. Processo n.º MJ 08000.011479/2001-19. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, D.F., 26 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Indicadores de mortalidade**. Mortalidade proporcional por grupo de causas.** Período: 2001. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <x//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2003/c04.def.> Acesso em: 18 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde: **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1988. 95 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: transplantes. Brasília, D.F, p. 24-25, dez. 2002.

______. **Saúde no Brasil**: a vida por um órgão. Brasília, DF, dez., 2002a. p. 24-25.

______. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).** Brasília, DF, 1999.

______. Saúde reajusta tabela do SUS para transplantes. **Portal da Saúde**, 23 jan. 2001. Disponível em: <http://portalweb05.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=297>. Acesso em: 10 abr.2006.

______. **Sistema Nacional de Transplantes**: Urgência para transplante. Disponível em: <http: //dtr 2001. saude. gov.br/ transplantes/ index_pop.htm>. Acesso em: 10 abr. 2006.

______. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO): Entenda a doação de órgãos e decida-se pela vida. Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, ano XVII, nº 136, p.11-14, ago.2002b.

______. **Datasus/Sistema de Informações Hospitalares do SUS,** DF, jun. 2003.

______. Portaria n.º 1.752, de 27 de setembro de 2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF, 30 set. 2005, seção 1.

______. **Sistema Nacional de Transplantes**: Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 2005a.28 p.

______. **Programas e Projetos de Saúde**. Brasília, D.F., jan.2005. Disponível:<http://portal.saúde.gov.br/portal/saúde/area.cfm?id_area=168>. Acesso em: 10 abr. 2006.

______. **Programas de Saúde: Doe Vida - Doe Órgãos.** Brasília, D.F., set. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/doevida/>. Acesso em: 10 abr. 2006.

______. **Programas de Saúde: Humaniza SUS.** Brasília, D.F.,nov.2005b.Disponível:<http://portal.saúde.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 10 abr. 2006.

______. **Sistema Nacional de Transplantes: lista de espera 2006**. CGSNT/DAE/SAS. Brasília, D.F., 2006a. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/ index_gestor.htm>. Acesso em: 15 abr. 2006.

______. Portal Saúde: **Campanhas de saúde 2007**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/area.cfm?id_area=137>. Acesso em: 5 jun. 2007.

BROWNE, E.G**. Arabian Medicine**. Cambridge: The University Press, 1921. p. 79-89 e 200-205.

BROUSSAIS, F J.V. **Exames des doctines médicales.** Paris: [s.n.] 1958. p.148-150.

CADEMARTORI, Sérgio V. de. Liberalismo e função do Estado nas relações de produção. **Revista Seqüência**, Florianópolis, n. 24, p, 81-91, 1992.

CANESQUI, Ana Maria. As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva. In:____ (Org.). **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995. p. 26-36.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estado de direito**. Lisboa: gradiva, 1999. p. 353-487.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CANADÁ. **A new perspective on the health of Canadians**: a work document. Ottawa. Ministry of Health and Welfare. April, 1994. p. 13-41.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998. p. 21, 45-48, 34 e 197.

CARVALHO, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis - saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n. 1, p. 104-121,1996.

CASTANEDA, Carlos. **A erva do diabo**. Trad. Luzia Machado da Costa. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1971.

______. **Viagem a Ixtlan**. Trad. Luzia Machado da Costa. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1972.

______. **Uma estranha realidade**. Trad. Luzia Machado da Costa. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1971.

CASTIGLIONI, A. **A history of medicine**. Nova York: [s.n.], 1947. p.56-57.

CATÃO, Marconi do Ó. **Biodireito: transplantes de órgãos humanos e direitos de personalidade**. São Paulo: Madras, 2004.

______. **Uma dádiva moderna:** Transplentes de órgãos inter vivos. 2008. 437f. Tese (Doutorado em Sociologia - Programa de Pós Graduação em Sociologia), Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2008.

CHÂTELET, François; DUHAMEL, Olivier; PISIER-KOUCHNER, Evelyne. **História das Idéias Políticas**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 62-93.

CHAUVENET, A. **Organization et Hierarchies Hospitalières**. Paris: PUF, 1973. p. 4-6 e 19.

CHEVALLIER, Jaques. **L'État de droit**. 2.ed. Paris: Montchrestien, 1994. p. 103-134.

CIÊNCIA e meio-ambiente. Coração de menina volta a funcionar após dez anos parado. **Jornal o Estado de São Paulo**/Jornal da Tarde – edições eletrônicas,13abr.2006.Disponível:<http://estadao.com.br/forum/materia/prepare>. Acesso em: 15 abr. 2006.

CIÊNCIA e meio ambiente. Muda critério para transplante de fígado. **Estadão**. São Paulo, p.1,26 mai. 2006. Disponível em: <http:// www.estadao.com.br/ciencia/noticias/ 2006/mai/26/41.htm>. Acesso em: 26 mai. 2006.

CLEGG, S.; DUNKERLEY, D. **Organization, class and control.** 3.ed. Londres: Routledge and kegan Paul, 1987, p.132.

COE, R. **Sociologia de la Medicina**. 3.ed. Madrid: Alianza Universidad, 1984, p.325.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Trad. Rodrigo León Contrera. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 225-244.

______; ELIAS, Paulo Eduardo. (Orgs.). **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003.

______. et.al. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2002. p. 14-22.

______; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSCH, Ursula S. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CRAVEIRO, Rodrigo, Cirurgião francês que comandou inédita operação de transplante facial prevê disseminação da técnica. ***Correio Braziliense***, Brasília, DF, 12 fev. 2006. Folha Mundo, p.28.

CRESCE NÚMERO DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS REALIZADOS NO BRASIL. Teresina, fev. 2010. Disponível em: <http://humanasaude.com.br/novo/noticia_impressao.php?secao=2&i...>. Acesso em: 28 ago. 2011.

CUNHA, Paulo Ferreira da. **Pensar o Direito**: da modernidade à pós-modernidade. Coimbra: Almedina, 1991. p.181-210.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In. ______; FREITAS, C. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.23-51.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p.45-72.

DRANE, James. **Bioética, medicina e tecnologia**: desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. Trad. Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2005.

EDELSTEIN, L.E. **Aesculapius**. Baltimore: John Hopkins Press, 1945. v.2. p.23.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In. COHN, Amélia; ______. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 5.ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. p. 66-67 e 71-78.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, São Paulo, 1991. v.24, p. 85-116.

EWALD, François. Le Droit du droit. In: **Archives de philosophie du droit**: Le système juridique. Paris: [s.n], 1986. t. 31, p. 248-260.

______. **Foucault, a norma e o direito**. Trad. António Fernando Cascais. Lisboa: Vega, 1993. p. 185-207.

EURICUS III. The implementation of guidelines for budget control and cost calculation, and their effect on the quality of management of intensive care whits in the countries. June 2001. **Foundation for Research on intensive Care in Europe**. Gronimgen, 2001.

FERREIRA, C. O hospital de hoje e do futuro. **Separata do Boletim de Assistência Social**, Lisboa, ano 16 (133/134), p. 346, 1958.

FLEURY, S. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E.D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1985. p.87-109.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. e org. Roberto Machado. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.69-111 e 193-207.

______. **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhete. 28.ed. Petrópolis: Vozes, 2004a. p. 117-127, 131-142, 152 e 165-177.

______. **O nascimento da clínica**. Trad. Roberto Machado. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 1-21, 41-51 e 57-94.

______. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** Trad. Maria T. da Costa Albuquerque; J. A. Guilhon Albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. p. 131-132.

FRIEDMAN, Bernard S.; et al. The use of expensive health technologies of managed care, p.157-166. **The american journal of managed care**. Rockville,Md.mar. 2006. Disponível:<http://64.23

3.179.104/translate_c?hl=pt-BR&u=http://www.ajmc.com/Article.cfm%3FMenu>. Acesso em: 20 mar 2006.

GAIARSA, José Ângelo. **Couraça Muscular do caráter** (*Wilhelm Reich*): trabalho corporal em psicoterapia – fundamentos e técnicas. 2. ed. São Paulo: Ágora, 1984.

GARCIA, Juan César. Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. In: NUNES, Everardo Duarte. (Org.). **As ciências sociais em medicina.** São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez – Abrasco, 1989. p.51-67.

GARCIA, Valter Duro.; ABRAHÃO, M.R.C.; HOEFELMANN, N. Procura de órgãos. In: NEUMANN, J.; ABBUD FILHO, M. ; GARCIA, V. D. (Orgs.). **Transplantes de órgãos e tecidos**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 91-102.

______. **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. Trad. Raul Fuker. São Paulo: EDUSP, 1991. p.19, 29-36 e 83-93.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Trad. Maria Célia Santos Raposo. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 106-107.

______. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2005. p. 15-42, 114-126 e 159-173.

GOLD, H.R. **Psychiatry and the Talmud**. Jewish Héritage: [s.n], 1957. v.1, n.1, p.10-11 e 13-14.

GORDON, B.L. **Medicine throughoult antiquily**. Filadélfia: F.A. Davis Co., 1944. p. 23-27 e 296-297.

GORDON, Richard. **A assustadora história da medicina**. Trad. Aulyde Soares Rodrigues. 4.ed. São Paulo: Ediouro, 2004. p. 17-30, 97 e 195-200.

GORE, S.M.; CABLE, D.J.; HOLLAND, A. J. Organ donation from intensive case units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive case. **Br. Med. J.,** v. 304. p 349-355, 1992.

GOSS, M. Patterns of bureaucracy among hospital physicians. In: FRIEDSON, E. **The hospital in modern society**. Nova York: the Free Press, 1963. p. 169-170.

GURVITCH,, Georges. L'Idée du Droit Social: notion et syestème du droit social. In: **Histoire doctrinale depuis le XVII ème siècle jusqu'à la fin du XIX ème siècle**. Paris: Sirey, 1931. p. 165-178 e 500 e 510.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como "ideologia"**. Trad. Artur Morão. Lisboa: edições 70, 2001. p.49.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva; Guacira Lopes Louro. 8.ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2003. p.7-46.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens na mudança cultural. Trad. Adail Ubirajara Sobral; Maria Stela Gonçalves. 12.ed. São Paulo: Loyola, 2003.

HEIDEL, W.A. **Hippocratic Medicine**. Nova York: Columbia University Press, 1941. p. 35-39.

HOBSBAWM, Eric J. **Era dos Extremos**: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 5-20.

IANNI, Octavio. **Enigmas da Modernidade-Mundo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. p. 93-102.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: 1999 traça o perfil da sociedade brasileira**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias/28042000.shtm>. Acesso em: 28 mai. 2002.

______. Contagem populacional e projeções demográficas preliminares. **Esperança de vida ao nascer, por ano, segundo Registro e UF**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/al]t.htm>. Acesso em: 18 mar. 2006.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde** (Nêmesis da Medicina). 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.21-37.

JACOB, F.**La logique do vivant**. Paris: Gallimard, 1970. p.320-322.

KEANE, John. **Naciones, nacionalismo y ciudadanos en Europa**. RICS, n. 140, p. 203-219, Julio, 1994.

KRUZE, B. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: [s.n], 2001. p.16-18.

KUMAR, Krishan. **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna**: novas teorias sobre o mundo contemporâneo. Trad.Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

KUNTZ, Rolf. O neoliberalismo é um entreguismo. **Revista da USP**, Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo, n.17, p.54-61, mar./abr./mai. 1993.

KUSHI, Michio. **O livro do Do-In:** exercícios para o desenvolvimento físico e espiritual. Trad. Norberto de Paula Lima; Juracy C. L. Cançado. São Paulo: Ground, 1985. p. 74-75.

LANGRE, Jacques de. **Do-In**: técnica oriental de auto-massagem. Trad. Juracy Campos L. Cançado. Rio de Janeiro: Ground, 1975.

LEAVELL, H. ; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. p. 17-41.

LEGRAND, Gerard. **Dicionário de filosofia.** Lisboa: edições 70, 1983. p. 354.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio**. Trad. Miguel Serras Pereira; Ana Luísa Faria. Lisboa: Relógio D'agua, 1990.

______. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004a.

______. **Metamoforses da cultura**: ética, mídia e empresa. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 2004b.

______. **O império do efêmero**: a moda e seu destino nas sociedades modernas. Trad. Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

LIPSON, Leslie. **Os grandes problemas da ciência política**: uma introdução à ciência política. Trad. Thomaz Newlands Neto. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. p. 482-490.

LOUREIRO, Luiz Guilherme de Andrade V. **Seguro Saúde (Lei n.º 9.656/98)**: comentários, doutrina e jurisprudência. São Paulo: LEJUS, 2000.

LOWEN, Alexander. **Bioenergética.** Trad. Maria Silvia Mourão Netto. São Paulo: Summus, 1982.

LYON, David. **Pós-modernidade**. Trad. Euclides Luiz Calloni. São Paulo: Paulus, 1998.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. Trad. Ricardo Corrêa Barbosa. 7.ed. Rio de janeiro: José Olimpio, 2002. p.69.

LUZ, Madel. **Natural, racional e social.** Rio de Janeiro: Campus, 1988. p. 15-40.

______. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1993. p.7-15.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber**: a trajetória da arqueologia de Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p.10-15.

MACKINNZY, L.C. **Early Medieval Medicine**. Baltimore: John Hopkins Press, 1937. p. 45-47.

MARQUES, Luís Henrique. Na pista do tráfico de órgãos. **Revista Cidade Nova**. São Paulo, ano XLVI, n.8, p.16, ago. 2004.

MARTINS, André. Novos paradigmas e saúde. In: Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 90-105, 1999.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 85, 89-90, 100, 112-114, 117, 132-133 e 206.

______; FONTES, Breno. (Orgs.). **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Ed. da UFPE, 2004. p. 9-48 e 93-142.

MARX, Karl. Do Capital, Livro I. In: GIANNOTTI, José Arthur (Org.). **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. Trad. José Carlos Bruni; et al. 4.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. p.35-54.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MERCER, H. Las Contribuciones de la sociologia a la investigación en salud. In: NUNES, E.D. (Org.). **Ciencias sociales y salud en América**

Latina: tendencias y perspectivas. Washington: OPS, Montividéu: Ciesu, 1986. P. 221-242.

MILLS, C. Wright. A estrutura do poder na sociedade americana. In: **Poder e política**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965. p. 14-33.

MINISTÉRIO DA SAÚDE institui Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. **Revista Ética**: órgão de divulgação do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, Brasília, DF, ano IV, n. 1, p. 20, jan./fev., 2006.

MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. 3.ed. Coimbra: Coimbra, 2000. v.4. p. 7-32, 90-114 e 383-403.

MOISÉIS, J. et.al. **Cidade, povo e poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p. 28-52.

MORAIS, José Luiz Bolzan de. **Do Direito social aos interesses transindividuais**: o Estado e o Direito na ordem contemporânea. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1996. p.181-190.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 1989, Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1989. p. 193-194.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.55-69, 1996.

______. **Sobre a sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVA, Luiz Antonio Lucena de. Ética, utopia e globalização. *Leopoldianum* – ***Revista de Estudos e Comunicações***, Santos/SP, v. XXII, n.62, p. 59-65, 1996.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. **A (im)previdência social** (60 anos de história da previdência no Brasil). Petrópolis: Vozes, 1986. p. 73-107.

O'NEILL, J. The disciplinary society: from Weber to Foucault. **The British Journal of Sociology**, v. 37, n. 1, p. 47, 1986.

OPAS. Recursos humanos y sistemas locales de salud. **Série Desarrollo de recursos humanos**, 31. Washington, 1994. p. 63.

ORE, O. **Cardano**: the gambling scholar. Nova Jersey: Princeton University Press, 1953. p.25.

PAIM, Jairnilson. S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PASOLD, César Luis. **A função social do Estado Contemporâneo**. Florianópolis: [s.n.], 1984.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Pensar a mudança vertiginosa. **Folha de São Paulo**, 18 de mai. 1997. Caderno 1, p. 3.

PEREIRA, Potyara A. P**. Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 65-86.

PESTANA, José O. Medina. No Brasil não existe comércio ou tráfico de órgãos para transplantes. **Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos**. São Paulo,2004.Disponível:<http://www.abto.org.br/populacao/abto_news/edicoes%20anteriores/ano6_4/trafico.htm>. Acesso em: 18 abr. 2006.

PIERUCCI, Antônio Flávio. **Ciladas da diferença**. São Paulo: 34, 1999.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998, p. 28-30.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In. FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2002. p. 72-78.

REGONINI, Glória. Verbete estado do bem-estar em BOBBIO, Noberto. et al. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB. p. 416.

REICH, Wilhelm. **Materialismo Dialético e Psicanálise**. Trad. Joaquim José Moura Ramos. 4.ed. Lisboa: Presença, 1983.

______. **A função do orgasmo**. Trad. Maria da Glória Novak. 10 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

______. **Psicopatologia e Sociologia da vida sexual**. Trad. M. S. P. Porto: Escorpião, [198-], p. 41-94.

REVISTA SAÚDE DO BRASIL, Brasília. DF: MS, p. 24-25-2002.

RIZZARDO, Arnaldo; et al. **Planos de assistência e seguros de saúde**: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999. p. 21-26.

ROBINSON, V. **The story of medicine**. Nova York: The New Home Library, 1958. p. 160-165, 190-193, 202 e 248-249.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Trad. Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

RUSSELL, B. **A history of western philosophy**. Nova York: Simon and Schuster, 1945. p. 494-495 e 587-588.

SANDRONI, Paulo (Org). **Dicionário de Economia**. São Paulo: Best Seller, 1989. p. 214.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. P. 54-86 e 182-183.

SARDENBERG, Ronaldo. Globalização: visão do Atlântico Sul. Nação e Defesa - **Revista de assuntos políticos, econômicos, científicos e militares**. Lisboa/Portugal, ano XXI, n. 80, p. 35-55, out./dez. 1996.

SAYD, J.D. **Mediar, medicar, remediar.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. p. 17-33.

SCHNUELLE, P.; LORENZ, D. ; TREDE, M; et al. Impact of cadaveric transplantation on survival in end-stage renal failure: evidence for reduced mortality risk compared with hemodialysis during long-term follow-up. **J. Am. Soc. Nephrol.**, v.9, p. 2.135 – 2.141, 1998.

SIEYÈS, Emmanuel Joseph. **A Constituinte burguesa/o que é o Terceiro Estado?** Trad. Norma Azevedo. Rio de Janeiro: Liber Júris, 1986. p.12-45.

SIGERIST, H. **The history of medicine**. v.1. Nova York/Londres: Oxford University Press, 1951. p. 490.

SIMÕES, C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SLAUGHTER, Frank G. **Transplante**. Trad. Cecília Palhares dos Santos. Rio de Janeiro: Record, 1986.

SMITH, H. Un double système d´autorité: le dilemme de l´hôpital. In. HERZLICH, C. **Médecine, maladie et société**. Paris: Mouton, 1970. p. 279-280.

SOARES, J. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. **Cadernos de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.35-45,1988.

SPINSANTI, S. **L'antropologia medica di Viktor V. Weizsacker**: conseguenze etche, medicina e morale. [s.l. : s.n.], 1985. p. 531-545.

STEUDLER, F. **L'Hôpital en Observation**. Paris: Armand Colin, 1974. p.121.

TERRIS, M. Tendências actuales en la salud pública de las Americas. In. **Organización Panamericana de la Salud**. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992. P. 185-204.

TOURAINE, Alain. **Crítica da modernidade**. Trad. Elia Ferreira Edel. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

______. As possibilidades de democracia da América Latina. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, ANPOCS, n. 1, v.1, p. 5-15, jun. 1986.

TOQUEVILLE, Aléxis de. **A democracia na América**. v.2. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 137-162.

TURNER, B. The practices of rationality: Michel Foucault, medical history and sociological theory. In: FARDON, R. (Org.). **Power and knowledge:** anthropological and sociological approaches. Edimburgo: Scottish Academic Press, 1985. p. 212.

UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Agein. Madrid, 8-12 abr. 2002**. United Nations, New York, 2002. p.46.

VIDA URBANA. Máfia dos órgãos planejava traficar coração e fígado. **Diário de Pernambuco**. Recife, p.1, 25 jan.2004.

WEBER, Max. **Ensaios de sociologia**. In: GERTH, H. H.; MILLS, C.W. Biblioteca de Ciências Sociais. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar, 1963. p. 229 e 277-282.

______. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Trad. Regis Barbosa; Karen Elsabe Barbosa. 4 ed. São Paulo: UNB, 2004. v.1. p. 16, 139 e 148-152.

______. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Trad. Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2002.

WHO (OMS) – World Health Organization. **The World Health Report 2000.** Health Systems: Improving Performance. Disponível em: < http://www.who.int.whr/. Acesso em: 13 out. 2005.

ZILBORG, G.; HENRY, G.W. **A history of medical psychology**. Nova York: W.W. Norton & Co., 1941. p. 30 e 436-438.

Sobre o autor

Possui Graduação em Medicina, pela Universidade Federal da Paraíba (1986), em Direito, pela Universidade Estadual da Paraíba (1985); Doutorado em Sociologia, pela Universidade Federal da Paraíba (2008); Doutorando em Direito (Direito da Cidade), pelo Programa de Doutorado interinstitucional – DINTER, UERJ/UEPB; Mestrado em Direito (Ordem Jurídica Constitucional), pela Universidade Federal do Ceará (2001). Título de Especialista em Medicina Legal conferido pela Associação Médica Brasileira, Sociedade Brasileira de Medicina Legal e Conselho Regional de Medicina (1995). Professor-pesquisador da Universidade Estadual da Paraíba, com experiência jurídica nos campos: médico-legal, psiquiátrico, sociológico e na área de antropologia, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética, direitos humanos, criminalidade violenta, grupos suscetíveis a vulnerabilidade e privações sociais, violência urbana, dádiva, modernidade e pós-modernidade. Desenvolve atividades na condição de Coordenador Adjunto do Comitê de Ética em Pesquisa Científica em Seres Humanos da UEPB. Membro da Associação Brasileira de Medicina Legal; membro integrante da Sociedade Brasileira de Bioética; coordenador do Grupo de Estudos junto ao CNPQ: Direito, Tecnologia e Realidade Social - paradoxos, desafios e alternativas; editor-chefe, responsável pela Revista Científica Virtual e Impressa Dataveni@. Livro publicado em 2004, pela Editora Madras-SP, intitulado "Biodireito: Transplantes de Órgãos Humanos e Direito de Personalidade"; artigos publicados em periódico científico nos anos de 2010 e 2011. Atualmente exerce o magistério no Centro de Ciências Jurídicas nos componentes curriculares: Medicina Legal, Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica, Criminalística Médico-Legal, Sociologia Geral e Jurídica e Antropologia Geral e Jurídica.

LIVROS EDUEPB E LATUS

1. **Pluralismo Jurídico: Para além da visão monista** - Raíssa de Lima e Melo
2. **Mulher, corpo e cuidado** - Maria de F. de A. Silveira; e Dulce M. Rosa Gualda
3. **Avaliação de serviços: um olhar na qualidade da gestão –** (Orgs) Maria José Cariri Benígna; e Maria A. Amado Rivera
4. **Farmacêutico na Farmácia –** Rosimary S. Cunha Lima; Maria do Carmo Eutálio; e Magnólia de L. S. Targino
5. **Representações sociais e saúde –** Aliana Fenandes; Maria. do R de Carvalho; e Moisés Domingos Sobrinho
6. **EPI Info para iniciantes** - (Orgs) Sonia Maria de L. Maciel; e Pedro Henrique de A. e S. Leite
7. **Ensino de lingua: do impresso ao virtual –** (Orgs) Antonio de Pádua Dias da Silva; Maria de L. L. Almeida; Simone Dália de Gusmão Aranha; e Tereza. N. de Farias Campina
8. **A história da mídia regional** - C. B de Souza; F. G. de Oliveira; e Gorete M. Sampaio de Freitas
9. **Livro de resumo de monografias –** Maria Dora Ruiz Temoche
10. **Planejamento tributário no campo de incidência do ICMS –** Alexandre H. S. Ferreira; e Ana Maria da P. Duarte
11. **1930 – A Revolução que mudou a História do Brasil –** (Orgs) João M. L. Santos; Cláudo José L. Rodrigues; Inês Caminha L. Rodrigues; e José Octávio de A. Melo
12. **Curso de Direito Constitucional –** Lorivaldo da Conceição
13. **Fragmentos –** Juarez Filgueras de Góis
14. **Gênero em questão –** (Org) Antonio de Pádua Dias da Silva
15. **Jogos eletrônicos –** Eliane de M. Silva; Filomena M. G. da S. C Moita; e Robson Pequeno de Souza
16. **Nascido do Fogo, Filho da Paz –** Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
17. **Política Tributária e Justiça Social –** Alexandre Henrique Salema Ferreira
18. **Revista Sócio-Poética –** Departamento de Letras da UEPB
19. **O Sábio e a Floresta –** Moacir Werneck de Castro
20. **Universidade e o fazer poético em prosa e poesia –** (Orgs)

Fabíola Nóbrega; Marcelle V. Carvalho; e Tatiana Fernandes Sant'ana

21. **Sustentabilidade – um enfoque sistêmico –** (Orgs) Waleska S. Lira; Helio de L. Lira; Maria José dos Santos; e Lincon Eloy de Araújo
22. **Bioquímica clínica – uma abordagem geral –** Sandra Reis Farias
23. **Mortalidade Geral – Epidemologia –** Anthonyanny A. Silva Lima; Maria J. Cariri Benigna
24. **Estudos Filológicos: Literatura – Cultura –** Marinalva Freire da Silva
25. **Dicionário de termos relativos a gestão de pessoas –** Maria Dora Ruiz Temoche
26. **Práticas de Políticas Públicas –** (Orgs) Marcelo A. Pereira; Maria da G. A. Pereira; Sandra. M. A de S. Celestino; Sueli Ramos de R. M. Cavalcanti; e Wíliam A. de Lacerda
27. **Saúde Humana –** (Org) Inácia Sátiro Xavier de França
28. **O Segredo de Pergamo –** Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
29. **A queda do meteorito** - Giusone Ferreira Rodrigues
30. **Trajetória empreendedora: estudo de casos numa realidade local e global –** (Org) Vera Lúcia Barreto Motta
31. **Identidades de gênero e práticas discursivas –** (Org) Antonio de Pádua Dias da Silva
32. **O lugar da Educação Física –** Maria José de Figueirêdo Gomes
33. **O papel político dos fóruns de educação de jovens e adultos –** Eduardo Jorge Lopes da Silva
34. **Pesquisa histórica – resumo de monografias –** (Orgs) Luíra Freire Monteiro; e Flávio Carreiro de Santana
35. **Anos de luta –** Waldir Porfírio
36. **Mulher e violência: histórias do corpo negado –** Lígia Pereira dos Santos
37. **Agricultura orgânica –** José Geraldo R. dos Santos; e Emmanuelly Calina X. R. Santos
38. **Sobre o diálogo: introdução a uma leitura filosófica de –** Julio Cesar Kestering
39. **Novos cenários da Administração –** (Org) maria Dora Ruiz Temoche
40. **O despertar da cultura** - (Org) Marinalva Freire da Silva

41. **Manual básico de Radiologia Odontológica –** Maria de Fátima Cavalcanti Rodrigues
42. **Formas de sociabilidade e instauração da alteridade –** Inácia S. Xavier de França; Lorita M. Freitag Paghuca
43. **Paremiologia nordestina –** Fontes Ibiapina
44. **Resistência indígena no Piauí colonial 1718 – 1774 –** João Renor F. de Carvalho
45. **Planejando o (des)envolvimento local –** Roberto Alves de Araújo; e Ana Siqueira de Araújo
46. **Deuses em poéticas: estudos de Literatura e Teologia –** (Orgs) Salma Farraz; Antonio Magalhães; Eli Brandão; Waldecy Tenório; Douglas Conceição
47. **Campina Grande em debate –** (Org) Roberto Véras de Oliveira
48. **História do Direito e da violência: recortes de uma abordagem interdisciplinar –** Marcelo Alves Pereira Eufrásio
49. **Contos jurídicos: normas de sobredireito da Lei de Introdução ao Código Civil –** Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
50. **A Bacia do Rio Gramame: Biodiversidade, uso e conservação –** (Orgs) José Etam de Lucena Barbosa; e Takako Watanabe; e R. José da Paz
51. **Ser criança – repensando o lugar da criança na educação infantil –** (Orgs) Glória M. de Souza Melo; Soraya. M. de A. Brandão; e Marinalva. da Silva Mota
52. **Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia –** (Org) Renato Dagnino
53. **De portas abertas para o lazer –** (Orgs) Elaine Melo de B. Costa Lemos; Eduardo Ribeiro Dantas; e Cheng Hzin Nery Chão
54. **Gênero e práticas culturais –** (Orgs) Charliton J. dos Santos Machado; Idalina M. F. Lima Santiago; e Maria L. da Silva Nunes
55. **Da resistência ao poder – o (P)MDB na Paraíba (1965 / 1999) –** José Otávio de Arruda Mello
56. **Políticas públicas e desenvolvimento regional –** (Orgs) Carlos. A. Máximo Pimenta; Cecília Pescatore Alves
57. **Histórias vividas e contadas no Bar do Brito –** (Orgs) A. C. Barbosa de Souza; Antonio Guedes Rangel Junior; Clara M. Araújo Pinto; e Sonia Maria A. de Oliveira Brito
58. **De memória e de identidade –** (Orgs) Antonia M. M. da Slva; Francisco Paulo da Silva; Ivanaldo Oliveira dos Santos; e Maria Edileuza da Costa

59. **A luz que não se apaga –** Rômulo de Araújo Lima
60. **Cálculo avançado –** (Orgs) Aldo Trajano Louredo; e Alexandro M. de Oliveira; e Osmundo Alves Lima
61. **Fisioterapia na gravidez –** (Org) Maria do Socorro B. e Silva
62. **Educação Universitária –** Pedro Bergamo
63. **Amora –** Fidélia Cassandra
64. **Educação em questão – recortando temas e tecendo ideias –** (Pedro Lúcio Barboza)
65. **Ciço de Luzia –** Efigênio Moura
66. **Zila Mamede – trajetórias literárias e educativas –** Charliton José dos Santos Machado
67. **A voz da infância e outras vozes –** Calos Azevedo
68. **A Educação da Mulher em Lima Barreto –** (Jomar Ricardo da Silva)
69. **Porta aberta à poesia popular –** Almira Araújo Cruz Soares
70. **Mulheres representadas na literatura de autoria feminina –** Antonio de Pádua Dias da Silva
71. **Residências terapêuticas –** (Orgs) Maria de Fátima de A. Silveira e Hudson Pires de O. Santos Júnior
72. **A nuvem de hoje –** Braulio Taveres
73. **Tecnologias digitais na educação –** (Orgs) Robson Pequeno de Sousa; Filomena M. C. da S. C. Moita; e Ana Beatriz Gomes Carvalho.
74. **A representação da sogra na obra de Leandro Gomes de Barros –** José Itamar Sales da Silva
75. **Viagem aos 80 anos da Revolta de Princesa –** Janduí Dantas
76. **Cidadania glocal, identidade nordestina –** José Marques de Melo
77. **Uma nova ciência para um novo senso comum –** Marcelo Germano Gomes
78. **A feira – o trovador encantado –** Maria de Lourdes Nunes Ramalho
79. **Nordeste como inventiva simbólica –** Geralda Medeiros Nóbrega
80. **Era uma vez diferente –** Aline Pereira
81. **Colecionismo, práticas de campo e representações –** Maria Margaret Lopes e Alda Heizer.